

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 147

LA

SYPHILIS GOMMEUSE
DE L'IRIS
à apparition précoce

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 12 Juillet 1922

PAR

Miodrag K. KOSTITCH

né à KRAGUJEVAC (Etat Serbo-Croato-Slovène) le 4 Août 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

LA SYPHILIS GOMMEUSE DE L'IRIS
A APPARITION PRÉCOCE

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° ~~142~~ 147

LA
SYPHILIS GOMMEUSE
DE L'IRIS
à apparition précoce

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 12 Juillet 1922

PAR

Miodrag K. KOSTITCH

né à KRAGUJEVAC (Etat Serbo-Croato-Slovène) le 4 Août 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
45, Quai Gailleton, 45
Téléphone 63-56

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,

PROFESSEURS	MM. TESSIER
Cliniques médicales	ROQUE
Cliniques chirurgicales	BARD
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	WEILL
Clinique des maladies des voies urinaires	POLOSSON (A.)
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	N.-JOSSE RAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREAU
Anatomie	GUIART
Histologie	LATARJET
Physiologie	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutiques générales	COLLET
Anatomie pathologique	MOURQUAND
Chirurgie opératoire	PAVIOI
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	VILLARD
Médecine légale	ARLOING (F.)
Hygiène	Etienne MARTIN
Thérapeutique	COURMONT (P.)
Pharmacologie	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	—	—	VALLAS.
—	—	Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
—	—	Chimie minérale	BARRAL.
—	—	Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé
CADE	DUROUX	CORDIER	des fonctions
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. ROLLET, *Président*; M. DUROUX, *Assesseur* ;

MM. BONNET et SANTY, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE, A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur ROLLET

Professeur de Clinique ophtalmologique à l'Université de Lyon.

Officier de la Légion d'Honneur

Il nous a inspiré cette thèse et nous a
a fait l'honneur d'en accepter la prési-
dence. Nous lui rendons ici l'hommage
de notre profonde reconnaissance.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES

de la Faculté de Médecine de Lyon

et de la Faculté de Médecine de Montpellier

En témoignage de notre reconnaissance
pour l'enseignement qu'ils nous ont
donné.

LA SYPHILIS GOMMEUSE DE L'IRIS

A APPARITION PRÉCOCE

INTRODUCTION

On serait enclin à croire que depuis l'époque où Virchow décrivit pour la première fois microscopiquement la gomme irienne (1860), on a tout dit sur cette rare manifestation de la syphilis oculaire et que surtout après les travaux faits dans l'Ecole Lyonnaise par notre maître M. le professeur Rollet et ses élèves pendant les vingt dernières années, il n'est plus possible de dire sur ce sujet quelque chose de nouveau ou d'intéressant.

Il nous semble pourtant qu'une particularité importante de cette maladie a été sinon toujours complètement négligée, du moins insuffisamment soulignée et précisée. Nous voulons parler, dans les cas de la syphilis gommeuse de l'iris, *de la fréquence des observations où l'apparition de la gomme irienne a eu lieu précocement après le chancre.*

Certes, les cas de la gomme irienne précoce ont été signalés et diagnostiqués comme tels, mais, et c'est le point sur lequel nous insistons, on les a toujours

considérés comme d'une extrême rareté et comme une exception à la règle. La vraie gomme irienne, d'après cette théorie, ne devrait apparaître et n'apparaîtrait dans la généralité des cas que dans la période tardive de l'infection syphilitique. Comme la clinique s'opposait à cette manière schématique de considérer les faits, beaucoup d'auteurs ont essayé de résoudre la difficulté en classant les *gommés iriennes précoces* parmi les *accidents secondaires*. Ils se servirent des termes de papules ou de condylome iriens pour désigner les syphilomes iriens précoces, ne réservant le terme de gomme qu'aux accidents tardifs.

Ceux même, qui attribuaient les accidents de cette nature au *tertiarisme précoce*, ne semblent pas avoir abouti à des conclusions que la fréquence de cette précocité impose, notamment que *le processus tertiaire gommeux est beaucoup plus souvent précoce sur la membrane irienne, qu'il ne l'est sur la peau et les autres organes*. D'autre part, *les cas de gomme irienne à apparition précoce, c'est-à-dire dans l'année qui suit le chancre, sont plus fréquents que les cas à apparition tardive*. Nous croyons que c'est là un point intéressant qui mérite d'être mis en relief et étudié de près. Ce sera la tâche que nous nous assignons en écrivant ce modeste travail.

Il sera naturellement nécessaire d'exposer d'abord les raisons pour lesquelles nous ne pouvons pas accepter l'opinion des auteurs, qui considèrent les gommés iriennes précoces comme accidents secondaires. Dans ce but, nous nous baserons d'abord sur l'aspect et l'évolution clinique de ces lésions, mais ce sera sur-

tout en nous plaçant sur le terrain d'anatomie pathologique générale de la syphilis et en tenant compte des particularités anatomo-physiologiques de l'iris, que nous nous efforcerons de prouver le caractère tertiaire, gommeux, des syphilomes iriens précoces. Nous rappellerons également les résultats des *examens anatomo-pathologiques*, assez rares d'ailleurs, qui ont été faits sur la gomme irienne.

En analysant les opinions des auteurs, qui admettent la distinction des nodules syphilitiques iriens en condylomes et gommès, nous verrons que même leurs descriptions, interprétées d'après les dernières théories relatives à l'anatomie pathologique des lésions syphilitiques, confirment notre conclusion sur la nature tertiaire, gommeuse, des « papules » et des « condylomes » iriens.

Nous examinerons ensuite dans la revue statistique de tous les cas publiés de syphilis gommeuse irienne, que nous avons pu réunir, la fréquence respective des cas précoces et des cas tardifs. Par « précoces » nous entendons les cas où l'apparition du processus gommeux irien a eu lieu moins d'un an après le chancre. Nous ne pourrons, malheureusement, tenir compte que des cas où ce délai fut exactement noté, ce qui exclut de notre statistique un certain nombre d'observations et empêche notre résultat d'avoir ce degré d'exactitude que nous désirerions lui donner. Néanmoins, nous croyons que le résultat aura une valeur approximative suffisante, pour servir de base à la conclusion que nous en tirerons.

Nous rapportons vingt observations, dont l'une iné-

dite, concernant les cas où l'apparition de la gomme irienne a eu lieu moins d'un an après le chancre. Ces observations seront groupées sous trois chefs, d'après les trois formes cliniques principales décrites par M le professeur Rollet : 1° gomme circonscrite ; 2° iritis gommeuse à pseudo-hypopyon ; 3° infiltration gommeuse diffuse. A la tête de chaque groupe nous plaçons les observations recueillies à la Clinique Ophtalmologique de Lyon, puis celles que nous avons extraites des revues ophtalmologiques et des thèses. Nous y avons délibérément placé quelques cas étiquetés « condylomes » par leurs observateurs, mais que nous considérons comme gommages précoces.

Nous terminerons en donnant nos conclusions, après avoir dit quelques mots sur le diagnostic, le pronostic et le traitement. Un court historique, placé au commencement de notre thèse, fera connaître les noms des principaux auteurs qui se sont occupés de la gomme irienne et l'évolution des opinions sur cette question.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

C'est au commencement du dernier siècle que Beer et Schmidt décrivent les premiers l'iritis syphilitique (1801) ; ils observent également les gommès de l'iris qu'ils désignent sous le nom de *condylomes* et qu'ils considèrent comme des végétations vasculaires ou des abcès en voie de formation.

En 1829, Nichet, de Lyon, décrit un cas d'iritis syphilitique dans lequel il avait constaté une masse puriforme et concrète remplissant la chambre antérieure et qui avait disparu par le traitement spécifique. Il s'agissait certainement d'un cas d'iritis gommeuse à pseudo-hypopyon. Plusieurs auteurs de l'époque font mention dans leurs ouvrages des lésions iriennes ayant les caractères de gommès, mais sans soupçonner leur véritable nature.

Virchow, le premier, en 1860, à la suite d'un examen anatomo-pathologique, reconnut la nature gommeuse des nodules iriens et leur donna le nom de *tumeurs gommeuses de l'iris*.

Le second cas fut publié en 1861, par Græfe et Colberg. Depuis cette époque, le nombre d'observations sur les gommés iriennes a augmenté et des cas nouveaux ont été publiés. La thèse de Nitot (Paris 1880), a été entièrement consacrée aux gommés de l'iris et du corps ciliaire ; elle en a donné une étude anatomo-clinique complète et en a rapporté plusieurs observations.

La notion de la gomme irienne restera désormais acquise ; les traités d'ophtalmologie et de syphiligraphie lui donnent sa place parmi les accidents oculaires d'origine syphilitique. Widder en 1881, Schäfer en 1883, Fuchs en 1884, Wecker et Pers 1887, Dehenne en 1887, Benoît en 1898 et Despagne la même année, rapportent de nouveaux cas et discutent toutes les questions se rattachant à la gomme irienne. Dès cette époque aussi, a commencé le désaccord quant au domaine et à la fréquence de la gomme de l'iris : la question se posait, si les cas précoces doivent être rangés parmi les accidents secondaires, ou parmi les accidents tertiaires. La première opinion prévalut et c'est ainsi que les anciennes dénominations de papule et de condylome continuèrent à avoir cours dans les travaux faits sur cette question. — D'autre part, beaucoup d'auteurs, à la suite de Ricord qui admettait l'*iritis pustuleuse* comme une forme clinique de l'iritis syphilitique, continuaient à signaler les pustules iriennes donnant lieu à un hypopyon.

En 1904, M. le professeur Rollet montra que cette prétendue suppuration n'était que la fonte gommeuse et que l'épanchement qu'on voyait dans la chambre

antérieure n'était pas constitué par du pus, mais par des grumeaux issus de la gomme ramollie et fondue. Il en publia deux observations, que nous rapportons dans notre thèse, sous les n^{os} XII et XIII, et créa ainsi une nouvelle forme clinique à laquelle il donna le nom d'*iritis gommeuse à pseudo-hypopyon*. Son élève Turcan, dans sa thèse de 1905, étudia les gommes syphilitiques de l'iris d'une façon très détaillée, en rapporta dix-huit observations et réserva le nom de papules aux accidents apparus avant le sixième mois de l'infection.

Dans son mémoire de 1908, M. Rollet décrivit les trois formes cliniques principales de la syphilis gommeuse de l'iris : 1^o *la gomme circonscrite*; 2^o *Le pseudo-hypopyon gommeux*; 3^o *L'infiltration syphilitique diffuse* (prégommeuse ou gommeuse). Le même mémoire s'éleva contre l'opinion de Fuchs qui assimilait les gommes iriennes précoces aux accidents secondaires de la syphilis.

Millet, dans sa thèse (Lyon 1907) étudia l'infiltration gommeuse diffuse de l'œil. Nous y trouvons décrite la troisième forme clinique de la syphilis gommeuse irienne. — La thèse de Barraud (Lyon, 1921) fut consacrée à l'iritis syphilitique à forme hémorragique, complication qu'on peut également observer au cours d'une iritis gommeuse.

Il nous semble que la tendance actuelle est plutôt de reconnaître le caractère tertiaire des nodules syphilitiques iriens quel que soit leur moment d'apparition après le chancre. Dans son article sur la syphilis, dans le *Nouveau Traité de la Médecine* (1922), M. le

professeur Nicolas range l'iritis parenchymateuse et condylomateuse parmi les accidents du type secondotertiaire et surtout tertiaire. Morax, dans son *Précis d'Ophthalmologie*, éd. 1921, est du même avis.

Malgré cela il y a encore assez de partisans de l'ancienne théorie, ce qui nous fait croire, qu'une nouvelle discussion de cette question peut être encore intéressante et utile.

CHAPITRE II

Formes anatomo-cliniques.

Macroscopiquement, on voit se développer sur l'iris des nodosités grisâtres ou jaunes d'or. Plus souvent uniques, quelquefois multiples ; dans ce dernier cas elles sont peu nombreuses et ordinairement réunies en un ou deux groupes. Leur siège de prédilection est le bord pupillaire de l'iris, puis le bord adhérent, rarement l'espace compris entre ces deux bords. On a signalé leur prédilection pour le quadrant supéro-interne de l'iris ; cette localisation ne nous paraît pas d'une fréquence suffisante pour être considérée comme la règle.

Ces nodosités, rapidement aperçues et bien apparentes, lorsqu'elles se développent sur le bord pupillaire et sous l'épithélium antérieur, sont plus difficiles à constater lorsqu'elles se développent sous l'épithélium postérieur et plus près du corps ciliaire. Dans ce cas, elles ne se révèlent guère que par les troubles fonctionnels et l'hypertension du globe jusqu'à ce que la propagation au corps ciliaire se traduise par une

saillie staphylomateuse à l'extérieur et au niveau de la zone ciliaire.

Une fois apparues, les gommés iriennes évoluent suivant les modalités différentes. Elles donnent ainsi lieu à une des trois formes cliniques principales, décrites par M. le professeur Rollet, en 1908.

1° *Gomme circonscrite*. — Dans ce cas, le plus fréquent, le processus dégénératif et destructif est assez lent pour que la gomme conserve un certain temps son caractère de nodule limité, circonscrit ; alors, la cicatrice seule, sera le témoin du caractère tertiaire, gommeux, de la lésion, après la disparition de celle-ci par le traitement spécifique.

Ces gommés circonscrites peuvent cependant prendre un développement hypertrophique remarquable sans que leur base d'attache sur l'iris soit notablement augmentée : elle remplissent alors, par leur volume, la grande partie de la chambre antérieure.

Dans d'autres cas, l'évolution de la gomme vers le ramollissement est très rapide et donne ainsi naissance à la forme suivante :

2° *Iritis gommeuse à pseudo-hypopyon*. — Ici, la gomme s'ouvre et vide son contenu dès les premiers jours dans la chambre antérieure. Dans ces cas, même lorsque le malade se présente pour la première fois, on trouve la partie inférieure de la chambre antérieure de son œil remplie par une masse puriforme, pouvant en imposer à un examen non attentif pour un hypopyon. Toutefois cette masse est différente de

l'hypopyon en ce qu'elle n'est pas formée par du véritable pus, mais par des grumeaux issus de la gomme ramollie et ulcérée : « De même qu'une gomme sous-cutanée fluctuante peut en imposer pour un abcès, de même la matière puriforme demi-fluide qui n'est pas du pus, mais du ramollissement gommeux, peut, au travers de la cornée transparente, faire penser au pus banal de l'hypopyon » (Rollet).

Un examen plus approfondi fera remarquer cependant que cette masse n'est pas aussi uniforme que le serait le pus banal de l'hypopyon et que sa limite supérieure n'a pas l'aspect régulier, « en tranche d'orange », de l'hypopyon qui accompagne l'ulcère de la cornée. — Il n'en reste pas moins vrai que le diagnostic peut être délicat lorsque la gomme, qui a donné naissance à ce pseudo-hypopyon, siège bas, recouverte par celui-ci.

3° *L'infiltration gommeuse diffuse de l'iris* est la plus redoutable des formes cliniques de la syphilis gommeuse de l'iris. Le processus gommeux a ici une marche progressive, envahissante. Quelquefois même le stade initial de nodosité circonscrite manque, l'infiltration de l'iris est d'emblée étendue à toute la membrane. Le corps ciliaire, les membranes et les enveloppes de l'œil sont rapidement envahis. L'œil devient gros, douloureux, saillant comme s'il allait sortir de l'orbite. L'hypertension est toujours considérable ; on trouve très souvent des trainées hémorragiques sur la face postérieure de la cornée ou sur l'iris et un épanchement liquide, louche, dans la chambre antérieure.

L'œil se déforme et sa fonction est définitivement et complètement supprimée. Les limites de l'œil peuvent être dépassées et la gomme se généralise à distance comme une tumeur maligne.

Nous en rapportons deux observations (XIX et XX), caractérisées de plus par l'impuissance du traitement spécifique (mercure et iodure). Dans la première, la mort du sujet par généralisation viscérale a eu lieu dans le quinzième mois de l'infection, cinq mois après le début de l'iritis gommeuse diffuse.

Nous croyons cependant que le traitement actuel par l'arsénobenzol ou 606, qui s'est montré efficace contre les autres formes de la syphilis maligne, serait capable de guérir les cas d'iritis gommeuse à tendance envahissante et rapide.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

L'ordre que nous allons suivre ici est le suivant :

a) résumés des examens histologiques qui furent pratiqués sur la gomme irienne excisée et dans les cas d'énucléation ; b) aperçu de l'anatomie pathologique générale de la syphilis, en ce qui concerne les condylomes et les papules cutanés et les gommès ; c) analyse des opinions des auteurs, qui placent les gommès iriennes précoces parmi les accidents secondaires ; d) exposé des arguments à la faveur du tertiarisme de ces lésions.

a) *Examens histologiques*

Rares sont les cas où l'examen histologique a pu être pratiqué, cette affection guérit en effet ou s'améliore sous l'influence d'un traitement médical anti-syphilitique. C'est uniquement dans les cas de marche rapide et extensive ou dans ceux où l'intensité des symptômes douloureux et de l'état glancomateux de

l'œil était trop grande qu'on se décida à intervenir. Ce sont pour la plupart des observations anciennes : les progrès réalisés par le traitement spécifique rendent l'énucléation pour les gommès de l'iris de plus en plus exceptionnelle.

Virchow, dans la gomme irienne excisée chez un enfant d'un an, a trouvé un « tissu de granulations » avec tendance à la dégénérescence graisseuse et à la formation des myéloplaxes.

Colberg et de Græfe ont observé une masse constituée de nombreuses cellules rondes, d'un grand nombre de noyaux libres et de nombreux capillaires. Il y avait également des cellules fusiformes disposées en série.

L'examen pratiqué par Benoît dans le cas de l'observation XV, montre une tumeur renfermant des cellules épithélioïdes, des cellules de pus et quelques grosses cellules géantes à plusieurs noyaux.

L'examen fait dans le laboratoire de la Clinique Ophtalmologique de Lyon, dans le cas rapporté dans l'observation XIX de l'iritis gommeuse diffuse, maligne, a montré « une infiltration embryonnaire presque généralisée aux membranes oculaires, sauf à la rétine, suivant le trajet des vaisseaux ; mais nulle part, on ne voit des îlots de dégénérescence granulo-graisseuse, de nécrobiose et de cellules géantes. Il n'y a pas non plus de lésions des parois vasculaires et d'oblitérations vasculaires ». C'est donc une infiltration tout à fait récente, en pleine activité, n'ayant pas encore oblitéré des vaisseaux pour réaliser des blocs de nécrosé véritablement gommeux.

Nous ne croyons pas utile de multiplier encore ces

exemples. Il est évident que dans les trois premiers cas il s'agissait des *véritables gommes iriennes*, comme d'ailleurs le diagnostic a été posé. On y voit, en effet, une lésion nodulaire subissant un double processus : de dégénérescence et de fonte cellulaire au centre, d'organisation fibreuse à la périphérie.

Dans le dernier cas, il s'agissait plutôt d'une *infiltration prégommeuse* diffuse de l'iris et des membranes oculaires. La trop grande virulence du germe a permis au processus morbide de prendre son extension maxima et d'aboutir à l'envahissement et à la désorganisation des membranes de l'œil, avant que la lésion à son point initial a pu arriver au stade de ramollissement et de fonte gommeuse.

b) *Papules et gommes en général*

Pour apprécier si, dans la question des nodules iriens syphilitiques, nous devons maintenir la distinction en papules et en gommes, voyons brièvement ce que ces deux ordres de lésions représentent en tant que lésions cutanées.

Les différences sont ici nettes et tranchées : la papule ou le condylome, de même que la roséole ou la plaque muqueuse, sont des accidents résolutifs, disparaissant sans laisser de cicatrice, sans ramollissement ni nécrobiose des tissus. Ils apparaissent pendant la période secondaire de la syphilis, à la suite de la généralisation de l'infection, de la septicémie syphilitique.

Histologiquement, les papules et les condylomes sont constitués par « une hyperplasie inflammatoire

localisée, portant sur toutes les parties qui concourent à la nutrition du tissu épithélial et à la rénovation de ses éléments » (Tripier). Cette hyperplasie peut présenter tous les degrés, depuis le simple aplatissement des papilles dermiques et des bourgeons interpapillaires, jusqu'à la prolifération de l'épiderme et l'hypertrophie considérable des papilles et des bourgeons interpapillaires. Il est vrai, qu'à leur niveau dans le derme, on trouve un exsudat cellulaire abondant avec plasmazellen et même quelques cellules géantes, que les vaisseaux du derme, ordinairement seulement dilatés, peuvent présenter des lésions d'endo-vascularite, mais *l'élément prédominant et caractéristique d'une papule et d'un condylome reste cette hyperplasie localisée du tissu épithélial normal*. Il n'y a donc pas de phénomènes nécrotiques qui caractérisent la gomme : tout rentre dans l'ordre par résorption et sans cicatrice. Même lorsque l'intensité de l'œdème inflammatoire localisé a pu donner lieu à une ulcération *à la surface* de la papule ou du condylome, cette perte de substance et le point atrophique qui peut parfois en résulter ne sont en rien comparables à ceux causés par une gomme. Les papules et les condylomes doivent donc en règle générale être considérés comme des accidents superficiels, résolutifs, transitoires.

Par contre, les gommages sont des accidents tardifs, tertiaires, destructifs, évoluant vers le ramollissement, la fonte gommeuse, l'ulcération ; leur ouverture donne du pseudo-pus gommeux et le résultat est la des-

truction des tissus. Elles présentent dans leurs évolution quatre phases classiques : crudité, ramollissement, ulcération, réparation. La cicatrice scléreuse est constante et indélébile.

Les lésions vasculaires sont ici constantes et sont à la base du processus dégénératif constituant la gomme. Suivant que l'oblitération du vaisseau a été rapide et complète ou lente et progressive on a deux types de lésions, décrits par M. le professeur Nicolas et M. Favre.

Le premier type est *la gomme nécrotique, forme sequestre*, véritable infarctus, caractérisé « par une nécrose brutale d'un territoire déterminé, avec conservation de la disposition topographique des éléments anatomiques. »

La seconde variété, surtout fréquente au niveau de la peau est le *syphilome tertiaire vrai, forme tuberculoïde caséifiante progressive*. Le processus dégénératif est ici lent et progressif et aboutit à la formation d'un nodule isolé, circonscrit et avec une structure histologique identique à celle du follicule de Köster, c'est-à-dire présentant de la périphérie vers le centre trois zones : zone des cellules lyphoïdes et des plasmazellen, puis la zone des cellules épithélioïdes et enfin, au centre, des cellules géantes avec des nombreux noyaux.

Qu'il s'agisse de la première ou de la seconde de ces deux variétés de la gomme, nous avons toujours un accident localisé, destructif, tendant non plus à la résolution, mais à la dégénérescence et à l'organisation fibreuse. Ce ne sont plus les manifestations d'une

infection généralisée, mais celles de la localisation du virus en des foyers de fixation limités. Leur apparition, après la fin de la période secondaire, septicémique, de la syphilis fut comparée par M. Nicolas à l'apparition des abcès éberthiens après la fin de la fièvre typhoïde.

c) Les papules et les gommés iriennes, d'après les auteurs partisans de cette distinction

Ce qui nous semble être un argument à la faveur de la justesse de nos conclusions, c'est que les auteurs, même partisans de la distinction des nodules syphilitiques iriens en condylomes et en gommés, reconnaissent la difficulté de baser cette différence sur les caractères anatomiques certains de ces lésions. Quelques-uns même en reconnaissent l'impossibilité et pour établir malgré cela une distinction, sont obligés de se baser sur l'évolution des lésions, si différente suivant la virulence du germe et la résistance de l'organisme, si modifiable par le traitement ; quelques-uns invoquent l'évolution de la maladie syphilitique sur la peau, malgré la différence profonde qui sépare le tissu irien du tissu cutané.

D'après Widder, auquel se sont associés Panas, Alexander et Fuchs, la papule serait une espèce de tubercule abondamment pourvu de vaisseaux. Ces vaisseaux proviennent en partie du stroma irien, en partie sont néoformés et donnent à la papule une couleur jaune rougeâtre, brun foncé ou rouge brun. La papule irienne disparaîtrait par simple résorption laissant très rarement un point atrophique sur l'iris.

La gomme de l'iris serait, au contraire, pauvre en vaisseaux et susceptible, par conséquent, de subir une dégénérescence graisseuse et caséuse.

Benoît reconnaît que « l'anatomie pathologique, pas plus que la clinique, ne nous permet de distinguer les tumeurs syphilitiques de l'iris en condylomes et en gommès. » Elles procèdent toutes de la même lésion, le nodule gommeux ; les termes de condylome et de gomme ne font que désigner deux stades différents de l'évolution du nodule gommeux.

Fuchs désigne sous le nom d'iritis papuleuse toutes les nodosités de l'iris apparaissant pendant la période secondaire de la syphilis et réserve le nom de gommès aux accidents apparaissant dans la période tardive, tertiaire.

Lagrange qualifie de condylomes les agglomérations *avasculaires* de jeunes cellules rondes se formant dans le voisinage immédiat des vaisseaux sanguins *thrombosés*. Lorsque les vaisseaux qui entourent la base de ces condylomes pénètrent dans leur intérieur, le condylome se vascularise et devient une petite gomme, dont la résorption complète n'est plus possible.

Ce sont donc les lésions des vaisseaux qui sont à la base de la formation des condylomes, décrits par Lagrange : « Ces vaisseaux oblitérés constituent comme des corps étrangers dont la présence irrite le tissu environnant et provoque l'infiltration cellulaire inflammatoire ultérieure. D'autres foyers se forment autour des vaisseaux restés perméables, à la suite d'exosmose sanguine des principes irritants syphiliti-

ques ». Dans cette description nous reconnaissons les deux modes pathogéniques, pouvant expliquer la formation des deux types de la gomme syphilitique, décrits par MM. Nicolas et Favre : de la gomme séquestre et du syphilome tertiaire vrai (page 23).

Axenfeld désigne sous le nom de papules « foyers abondamment pourvus de cellules » et sous le nom de gommes, « nodules massifs ». Les premières, précoces, ont une coloration rouge ; les secondes, tardives, ont une coloration jaunâtre et grise qui est un signe de dégénérescence cellulaire.

Turcan, enfin, dans sa thèse, se range à l'opinion que les gommes iriennes ne doivent apparaître que dans la période tertiaire ; il admet que les gommes peuvent parfois être précoces en survenant de six à neuf mois après le chancre ; mais il n'admet pas le diagnostic de la gomme avant le sixième mois de l'infection. Il ne permet pas que la syphilis dans l'œil ait une marche différente de celle qu'elle a dans l'organisme en général.

De tout ce qui précède on voit que la différence entre les papules et les condylomes d'une part et les gommes d'autre part est loin d'être établie d'une façon nette et qu'elle semble plutôt être admise *a priori* et par analogie avec la classification admise pour les lésions cutanées du même nom. Nous n'admettons pas que la différence d'aspect, de coloration, de ces lésions puisse constituer un argument valable. Le gros argument de cette théorie serait la précocité des uns et l'apparition tardive des autres accidents. Devons-nous maintenir cette distinction ? Dans le

sous-chapitre suivant nous discuterons si la constitution anatomique respective de l'iris et de la peau nous permet de chercher une analogie stricte entre les lésions des deux organes ; nous y discuterons aussi la valeur de l'argument chronologique. Ce que nous retiendrons ici c'est que *les descriptions anatomiques données par la plupart des auteurs précités pour les lésions papuleuses de l'iris correspondent en réalité à une lésion qui, anatomiquement, doit être considérée comme une gomme au début.*

C'est en effet un *nodule d'infiltration prégommeuse*, formé de cellules embryonnaires autour d'un *vaisseau qui commence à s'oblitérer*. Son évolution vers la nécrobiose du territoire qui dépend du vaisseau oblitéré et l'organisation fibreuse des cellules exsudées sera fatale, si un traitement spécifique institué dès cette époque, n'arrête la marche de la lésion en la réduisant à un petit point atrophique, fibreux, ne gênant point la fonction de l'organe. La coloration rouge de début du nodule irien, correspond à la phase de « crudité » de la gomme, tandis que la coloration jaunâtre indique le début de ramollissement.

d) *Pourquoi doit-on considérer les papules et les condylomes iriens comme accidents tertiaires ?*

Disons d'abord, qu'en ce qui concerne l'iris, il nous semble difficile, d'après sa constitution anatomique, d'admettre la possibilité d'apparition des formations analogues aux papules et aux condylomes cutanés. En effet, ces derniers sont caractérisés essentiellement, comme nous le savons, par une hyperplasie inflammatoire localisée de l'épiderme. Si cette lésion

est possible et explicable pour la peau, dont l'épithélium polystratifié subit, en raison de sa situation et de son rôle physiologique, un double mouvement d'usure et de rénovation rapide et est capable par conséquent de s'hyperplasier rapidement sous l'influence d'une irritation quelconque, — lorsqu'il s'agit de l'iris, la chose est tout à fait différente.

Celui-ci se présente en effet comme une mince membrane vasculaire, recouverte en avant par un épithélium unistratifié, en arrière également par un épithélium unistratifié doublé d'une membrane myo-épithéliale constituant le muscle dilatateur de l'iris. Ces épithéliums sont des tissus spéciaux, bien différenciés, et, en raison aussi de la situation et le rôle de l'iris, n'ont pas la propriété de rénovation rapide que possède l'épiderme cutané, ne sont point capables de s'hyperplasier *ni de constituer, par conséquent, une lésion analogue à la papule ou au condylome cutané.*

La constitution d'une gomme dans la membrane irienne est parfaitement possible et même *la structure anatomique de l'iris nous paraît pouvoir expliquer la précocité de localisation de l'accident tertiaire sur cette membrane.* Nous y avons, en effet, de nombreux petits vaisseaux et des capillaires, se dirigeant dans le sens radiaire, et des cercles vasculaires formés par l'enchevêtrement dense des capillaires : le grand cercle situé au niveau du bord adhérent, le petit cercle vasculaire au niveau du bord pupillaire. *La situation exposée et la richesse vasculaire de l'iris, la minceur de la couche épithéliale qui la recouvre, ses changements de volume incessants, ralentissement de*

la circulation au niveau des cercles vasculaires, nous semblent expliquer la fragilité de ces vaisseaux et leur propriété de fixer sur eux le virus syphilitique avant que les autres vaisseaux de l'organisme aient pu être touchés d'une façon pareille. Voilà pourquoi la syphilis peut avoir sur l'iris une marche plus rapide et aboutir au tertiarisme pendant que les lésions de l'organisme en général sont encore dans la phase secondaire.

Trois ordres de faits nous paraissent être de nature à confirmer cette manière de voir :

1° Les nodules iriens apparaissent très souvent au déclin d'une iritis plastique diffuse ou au cours de celle-ci, quelques jours après que le traitement spécifique ait été institué. Cela correspond à la façon dont on interprète l'apparition de la syphilis tertiaire en général : « La période tertiaire, c'est la phase pendant laquelle, soit que le virus ait un certain degré d'atténuation, soit que l'organisme présente un certain degré d'immunisation, le virus se fixe, se localise en certains points, pour y déterminer des lésions limitées, comparables aux abcès éberthiens de la convalescence des typhiques, aux suppurations osseuses ou autres de la septicémie streptococcique, de la septicémie pneumococcique, etc » (J. Nicolas). Dans le cas particulier cette atténuation du virus est obtenue par la première administration de la médication spécifique et sa fixation se traduit par l'apparition des nodules gommeux.

2° Les nodules iriens sont uniques ou peu nombreux ; quand il y en a plusieurs, ils sont limités à un ou deux secteurs de la membrane ou à un segment du bord pupillaire. Ceci indique une relation étroite avec les vaisseaux, dont l'oblitération partielle ou totale provoque l'apparition de la gomme. — S'ils étaient des accidents secondaires, ils seraient toujours multiples et disséminés sur toute la membrane irienne comme les taches roséoliques et les papules le sont sur toute la surface cutanée.

3° Un traumatisme ou une lésion antérieure quelconque de l'iris se retrouve assez souvent comme agent provocateur et localisateur des condylomes iriens. Ces facteurs figurent aussi et au même titre dans l'étiologie du tertiarisme en général.

De même, si les lésions condylomateuses ou gommeuses de l'iris étaient des accidents secondaires, on les observerait aussi souvent au cours d'une iritis plastique diffuse qu'on observe les papules et les autres éruptions cutanées au cours de la période secondaire d'une syphilis générale. Il n'en est rien, comme nous le montrerons dans le chapitre d'étiologie : ce sont des lésions très rares et cette rareté nous rappelle l'inconstance des accidents tertiaires généraux.

Nous avons essayé, dans ce qui précède, de donner une explication de la localisation précoce du processus gommeux sur la membrane irienne en nous basant sur la structure spéciale de cet organe. Nous avons relevé, d'autre part, quelques particularités des lésions étiquetées condylomes, en ce qui concerne les conditions de leur apparition et localisation, et qui, pour nous, doivent faire conclure à leur tertiarisme. Nous allons maintenant examiner la valeur qu'il convient d'attribuer à l'objection fondée sur la précocité de ces lésions et leur apparition simultanément avec les accidents secondaires cutanés et généraux.

Cette objection n'a pas beaucoup de valeur depuis la notion du *tertiarisme précoce*. Les accidents tertiaires, en effet, ne sont pas toujours bien tardifs. Leur maximum de fréquence est de la deuxième à la quatrième année; ils décroissent progressivement jusqu'à la dixième ou quinzième année, pour devenir très rares après cette époque. Mais, ils apparaissent souvent *dès le cours ou la fin de la première année, parfois exceptionnellement, dès les premiers mois*. (J. Nicolas).

Leur simultanéité avec les accidents secondaires est également assez souvent observée, comme on observe d'ailleurs l'enchevêtrement des lésions appartenant aux différentes périodes de la syphilis et l'empiètement de ces périodes les unes sur les autres.

Par conséquent, le fait que les condylomes et les papules de l'iris apparaissent précocement après le chancre et simultanément avec les accidents secondaires cutanéomuqueux ne suffit pas par lui-même

de conclure que ces lésions iriennes doivent être les lésions *du type secondaire*. Si on se rappelle les arguments que nous avons développés jusqu'ici et qui plaident en faveur du tertiarisme de ces lésions, nous croyons qu'on se rangera à l'opinion que nous défendons, à savoir : toutes les lésions nodulaires iriennes *de nature syphilitique, avec la tendance vers le ramollissement ou l'organisation fibreuse, doivent être considérées, anatomiquement et cliniquement, comme des gommes iriennes, quel que soit le moment de leur apparition après le chancre.*

Si dans cette lésion le processus dégénératif est lent et la tendance scléreuse prédomine, on aura une gomme circonscrite; si, au contraire, c'est le processus dégénératif et destructif qui l'emporte, on aura une gomme avec pseudo-hypopyon. Les cas, exceptionnels, de la lésion diffuse, envahissante, tendant à la propagation et à la généralisation, constituera la troisième forme anatomo-clinique, d'infiltration gommeuse diffuse.

CHAPITRE IV

Étiologie.

Nous serons bref sur ce point. Il n'est naturellement question que des causes prédisposantes et occasionnelles, la cause efficiente, le tréponème de la syphilis, étant hors de discussion.

En premier lieu, disons qu'il s'agit d'une affection peu fréquente : la gomme irienne est en effet un des plus rares accidents de la syphilis oculaire. Sa fréquence est difficile à déterminer exactement, les chiffres variant suivant les auteurs à cause de la confusion créée par la notion des papules et des condylomes de l'iris. Nous ne retiendrons que quelques chiffres :

Turcan a trouvé chez des auteurs allemands une proportion de 15 à 18 gommies pour 100 cas d'iritis syphilitique.

M. Rollet a vu 12 gommies iriennes sur 12.000 maladies ophtalmologiques environ; Bénéît donne à peu près la même proportion pour la clinique ophtalmologique de Liège.

Talbot, en 1894, dans la statistique de la Clinique ophtalmologique de Bordeaux, signale que sur 42.600 malades ophtalmologiques, qui se sont présentés à la

Clinique depuis sa fondation, il y avait 222 cas d'iritis syphilitique, parmi lesquels on a trouvé 6 cas de gomme irienne.

La gomme de l'iris est généralement l'apanage de la syphilis acquise, exceptionnellement de la syphilis congénitale. *Nous consacrons un chapitre spécial à la question importante du moment de son apparition dans le cours de la syphilis.*

L'âge, le sexe, la profession des malades ne fournissent aucune indication spéciale : ces circonstances étiologiques paraissent rester les mêmes que pour la syphilis en général. Parmi les observations que nous avons étudiées et celles que nous rapportons, le nombre relativement élevé des sujets entre 18 et 25 ans est à remarquer : c'est d'ailleurs l'âge où on contracte généralement la syphilis.

La gomme irienne peut apparaître au cours d'une iritis syphilitique plastique diffuse, quelquefois dès le début de celle-ci, mais plus souvent à son déclin et après le commencement du traitement spécifique. Mais, assez souvent aussi, la gomme de l'iris ne survient que longtemps après la guérison, plus ou moins complète, de l'iritis plastique diffuse, il y a même des cas, où elle survient sans l'iritis préalable. Le traumatisme, la maladie irienne antérieure non spécifique, l'iridectomie ancienne, jouent le rôle important d'agents provocateurs et localisateurs de la gomme irienne. Ce sont là les seuls facteurs étiologiques à retenir, après l'infection spécifique. Les chancres céphaliques ne paraissent pas être un facteur prédisposant de la gomme irienne.

CHAPITRE V

Chronologie. Date d'apparition.

Le moment d'apparition de la gomme irienne au cours de l'infection syphilitique est très variable.

Il y a lieu cependant de distinguer les cas où cette lésion apparaît précocement, c'est-à-dire dans l'année qui suit le chancre, des cas où elle est plus tardive.

Les 20 observations que nous rapportons dans cette thèse ont pour objet les cas où cette apparition a eu lieu moins d'un an après l'accident primitif. Nous y trouvons :

5 cas où ce délai était de 3 mois			
2	—	—	4 mois
3	—	—	5 mois
4	—	—	6 mois
2	—	—	7 mois
3	—	—	10 mois
1	—	—	11 mois

Nous allons voir, en examinant tous les cas d'iritis gommeuse en général, la fréquence respective des cas précoces et des cas tardifs.

Sur 5 observations de la gomme irienne publiées dans la *Thèse de Serrigny* (1877), on trouve :

1 cas où la gomme apparut 3 mois après le chancre

1 — — — 7 mois —

1 — — — 10 mois —

1 — — — 18 mois —

1 cas, enfin, où ce délai ne fut pas noté.

La *thèse de Nitot* (1880) rapporte 8 observations, dont deux sont tirées de la thèse précédente (1 cas précoce et 1 cas tardif). Les 6 autres observations mentionnent l'apparition de la gomme.

Dans 1 cas, 5 mois après le chancre

— 2 — 10 mois —

— 1 — 16 mois —

— 2 — ce délai n'a pas été noté.

La *thèse de Turcan* (1905) rapporte, dans les 16 observations qu'elle publie, 18 cas de la syphilis gommeuse irienne. On y trouve 3 cas de gommages apparaissant dans la syphilis congénitale (Obs. de Trousseau : à 6 mois ; obs. de Fromaget : à 17 ans ; obs. de Gasparini : à 23 ans), tous les autres étant de la syphilis acquise. Parmi ceux-ci, un cas de la gomme précoce est de la thèse de Nitot ; dans les autres 14 cas on constate que la gomme a apparu :

Dans 2 cas, 3 mois après le chancre.

— 1 — 4 mois — —

— 2 — 5 mois — —

— 2 — 6 mois — —

— 1 — 7 mois — —

— 1 — 12 mois — —

— 1 — 5 ans — —

— 1 — plus de 6 ans après le chancre.

Dans 1 cas 8 ans après le chancre.

— 2 — le délai n'a pas été noté.

Sur 6 cas de la Clinique ophtalmologique de Bordeaux, cités par la *Thèse de Talbot* (1894), on voit que l'apparition de la gomme irienne a eu lieu :

Dans 1 cas, 3 mois après le chancre.

— 1 — 8 mois — —

— 2 — 10 mois — —

— 1 — 3 ans — —

— 1 — le délai n'a pas été noté.

Parmi les 11 cas de la gomme irienne qu'on trouve dans la statistique de la *Clinique Ophtalmologique de Liège*, faite par *Benoît* en 1898, on trouve que :

« 5 se sont développées plus de 3 ans après la contamination et dans 2 cas les malades présentaient en même temps des lésions tertiaires pour lesquelles ils étaient soignés dans le service de dermatologie ; dans 3 cas, le même œil a été atteint auparavant d'iritis syphilitique simple.

« Dans 6 autres cas, la tumeur est apparue de 2 mois et demi à 6 mois après l'infection ; les malades étaient tous porteurs des lésions secondaires. Une fois, l'apparition de la tumeur fut précédée d'une attaque d'iritis syphilitique simple et dans un autre cas une iritis simple évoluait concurremment sur l'autre œil ».

Sur 12 cas qui se sont présentés à la *Clinique de M. le Professeur Rollet*, le moment d'apparition de la gomme irienne a été :

Dans 1 cas, 4 mois après le chancre.

— 1 —	5 mois	—	—
— 1 —	6 mois	—	—
— 1 —	7 mois	—	—
— 1 —	10 mois	—	—
— 1 —	14 mois	—	—
— 1 —	2 ans	—	—
— 1 —	3 ans	—	—
— 1 —	plus de 3 ans	après le chancre.	

Dans 3 cas, ce délai n'a pu être noté, les sujets niant avoir eu un chancre.

La conclusion qui s'impose après la lecture de tous ces chiffres est que, contrairement à l'opinion classique, la gomme irienne est plus souvent précoce que tardive ; celle-ci apparaît, en effet, *dans plus de la moitié des cas, au cours de la première année de l'infection syphilitique*. Le temps, *entre le 3^e et le 7^e mois après le chancre* nous paraît être l'époque de prédilection. Nous croyons devoir insister sur ce fait que c'est souvent *simultanément avec les manifestations secondaires* de la syphilis générale que les gommes iriennes se développent. C'est donc du *tertiarisme précoce* par excellence.

En plus des arguments que nous avons développés à la faveur du caractère tertiaire, gommeux, des lésions dont l'aspect a pu donner lieu à un doute sur leur véritable place dans la nosographie syphilitique, nous faisons remarquer que la plupart des cas

précoces que nous publions dans les observations, et même de ceux auxquelles se rapportent les chiffres dans nos statistiques, sont *des cas où les caractères de la véritable gomme sont de toute évidence*. On y assiste souvent même à la succession des quatre phases classiques de l'évolution d'une gomme : crudité, ramollissement, ulcération, réparation, ainsi que la formation du pseudo-hypopyon que nous considérons comme la preuve la plus forte du caractère tertiaire, gommeux, de la lésion. Parmi les vingt observations de la syphilis gommeuse irienne précoce que nous publions, sept, en effet, se rapportent au pseudo-hypopyon. Même en écartant les cas qui pourraient être considérés comme discutables, notre conclusion sur la précocité du tertiatisme sur l'iris garde toute sa valeur.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

A. Gommès circonscrites.

OBSERVATION I (*Inédite*)

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

Gomme circonscrite, 4 mois après le chancre.

A. B..., homme, dix-neuf ans.

Entré le 25 juillet 1920, dans la clinique de M. le Professeur Rollet, salle Saint-Charles.

A l'entrée à l'O. G., le malade éprouve une forte douleur, une cuisson, accompagnée de la photophobie. On constate l'hypérémie intense dans la région périlimbique; synéchies à 3, 6 et 7 heures.

Cicatrice du chancre de la verge dans le sillon balano-préputial; son chancre remonterait au mois d'avril. Il y a 2 mois, un pharmacien lui a prescrit des comprimés de biiodure. A eu une roséole et présente les plaques muqueuses buccales.

Le 27 juillet : injection intraveineuse de 0 gr. 15 du néosalvarsan.

Le 2 août : apparition d'une gomme irienne à 6 heures. L'examen au microscope cornéen montre : une petite synéchie à 5 heures, une deuxième petite synéchie à 7 heures; à 6 heures, au niveau du sphincter, on voit une gomme bilobée,

dont une partie sur la portion interne du corps de l'iris, l'autre partie franchement sur le sphincter empiétant sur l'aire pupillaire.

On continue le traitement au néosalvarsan : 0 gr. 30 le 3 août, 0 gr. 45 le 10 août, 0 gr. 60 le 25 août, et au cyanure de mercure combinés.

Le 27 août : disparition complète de la gomme qui a fait place à une synéchie; la disparition des synéchies antérieurement observées.

Le malade sort le 28 août.

OBSERVATION II

(CABANNES)

Gomme circonscrite de l'iris 3 mois après le chancre. Rôle prédisposant d'une irido-choroïde antérieure non spécifique et d'un traumatisme léger.

Jeune fille de 22 ans, vient le 11 janvier 1895, à la clinique de M. le Professeur Badal, à Bordeaux.

Dans les antécédents héréditaires on note une mère rhumatisante.

En octobre 1893, elle fut subitement, dit-elle, atteinte d'une affection douloureuse des deux yeux, supprimant rapidement la vision à l'O. G., en la rendant trouble à droite. Venue à la clinique en janvier 1894, elle était atteinte d'une irido-choroïdite double avec occlusion pupillaire à peu près complète à gauche, staphylome équatorial et poussées glaucomateuses du même côté. Quelques jours après, une double iridectomie était pratiquée en deux séances, dans le but de diminuer la tension oculaire, d'apaiser les phénomènes inflammatoires et douloureux et de rendre la vision possible. Quelque temps après, la malade sortit de l'hôpital guérie avec une acuité visuelle considérablement améliorée.

Tout allait bien, lorsqu'au mois d'octobre dernier elle

constata, au niveau de son aine gauche, un ganglion hypertrophié non douloureux; elle nie tout rapport sexuel remontant à cette date et prétend ne s'être pas rendue compte de l'accident primitif. En tout cas, quinze jours après, une éruption de papules rouges se montra au ventre, à la face. Les céphalées nocturnes apparurent. Puis, à la suite d'un traumatisme léger (un coup de chapeau) des accidents se montrèrent au niveau de son œil gauche dont la vue se troubla de nouveau. La malade n'a suivi aucun traitement, lorsque le 11 janvier dernier elle vient à la consultation de la clinique ophtalmologique.

Elle présente alors une vaste éruption de syphilides papuleuses avec plaques muqueuses dans la bouche, syphilides généralisées à tout le corps, à la face où elles sont surtout abondantes au front.

Au niveau de l'O. G., à la partie inférieure de l'iris, une tumeur de coloration jaune rougeâtre, saillante, effaçant la chambre antérieure, se montre avec tous les caractères d'une gomme syphilitique (1). L'apparition de cette gomme sur un œil déjà atteint d'inflammation antérieure ne doit pas nous étonner. La cause prédisposante étant double, une irido-choroïdite antérieure qui avait créé à ce niveau un point faible, et, en outre, une syphilis grave non traitée, il a suffi d'un simple traumatisme, pour y déterminer l'apparition d'un accident tertiaire.

OBSERVATION III

(SMITH STANLEY)

Gomme irienne 3 mois après le chancre.

Infection spécifique trois mois auparavant. Les^{*} signes habituels de l'iritis spécifique ont existé à l'œil gauche. Cet état fut rapidement amélioré par des frictions mercuriels et

(1) L'iritis double dont elle est de plus atteinte est en rapport avec l'affection pour laquelle elle était venue la première fois, affection évidemment non spécifique.

le traitement local, la vision redevient normale. Mais, une semaine après, apparaît dans le quadrant supérieur nasal de l'iris une gomme s'élevant vers la sclérotique. Par l'éclairage focal on pouvait voir la masse de la gomme faire saillie sur la face postérieure de l'iris. A l'exception d'un petit nodule de couleur rouge-jaunâtre, la gomme présentait une coloration gris sombre.

Après la cinquième semaine, le malade commença à s'améliorer. La résorption eut lieu et les fonctions oculaires furent rétablies.

OBSERVATION IV

(E. AUBINEAU.)

Condylome de l'iris, 5 mois après le chancre.

Homme de 43 ans, présentait le 25 mars 1901, tous les symptômes d'une double conjonctivite catarrhale subaiguë, rougeur localisée dans l'angle interne et vives démangeaisons; sur la cornée droite, près du limbe, on remarque une ulcération superficielle due vraisemblablement à l'affection de la conjonctive (examen bactériologique de la sécrétion conjonctivale n'a pas été pratiqué); il y a en outre de l'iritis légère. Le sulfate de zinc triomphe rapidement de la conjonctivite, mais l'iritis semble tenace malgré l'emploi de l'atropine. Le 11 avril on constate sur l'iris la présence d'un condylome irien. Le patient pressé de questions avoue qu'il avait eu un chancre induré en novembre 1900. L'iritis spécifique semble bien être superposée à une iritis de cause externe. L'affection fut particulièrement aiguë et on fut obligé, pour calmer la douleur, de pratiquer une paracenthèse de la chambre antérieure.

OBSERVATION V

(DE SPEVILLE)

Condylomes de l'iris, onze mois après l'accident primitif.

La malade âgée de 26 ans, porte 3 tumeurs de l'iris, rosées,

à bords nets, l'une située au niveau de l'angle irido-cornéen, la seconde sur le bord de l'ouverture pupillaire, la troisième sur le bord adhérent de l'iris. Le fond de l'œil, malgré un léger trouble de l'humeur aqueuse, s'éclaire assez facilement et n'a rien d'anormal.

Cette femme a contracté la syphilis il y a onze mois. Il s'agit des condylomes syphilitiques.

Guérison par le traitement anti-syphilitique (injections sous-conjonctivales du sublimé).

OBSERVATION VI

(NUEL)

Gomme de l'iris, six mois après le chancre. Rôle prédisposant du traumatisme.

Gomme irienne apparue chez un homme infecté de la syphilis six mois auparavant, à la suite d'un traumatisme de la cornée (paillette de fer implantée sur la cornée) s'accompagnant de la congestion de l'iris. La gomme, apparue 10 jours après ce traumatisme, siégeait sur le bord pupillaire de l'iris. Il semble donc, que le traumatisme, cause première de l'iritation, ait provoqué chez ce syphilitique l'apparition d'une iritis spécifique.

OBSERVATION VII

(SERRIGNY)

Condylome de l'iris, 10 mois après le chancre.

Marie L..., fille publique, âgée de 19 ans, entre à l'hôpital du Havre, service des maladies des yeux, le 14 octobre 1874. Au commencement de cette année, elle avait déjà été reçue dans le service des vénériens, où elle était restée un mois pour se faire soigner un chancre induré aux grandes lèvres. Quatre mois après sa sortie, elle rentre de nouveau dans le même service, présentant des plaques muqueuses à l'anus

et en sortit au bout de trois semaines environ. Le 14 octobre, elle se fit admettre pour la troisième fois à l'hôpital, mais alors dans le service des maladies des yeux. Elle souffrait de l'œil gauche depuis environ 15 jours. On constate une iritis syphilitique. Outre l'injection périkeratique, la décoloration de la pupille, la teinte cuivrée du petit cercle de l'iris, cet œil présentait un condylome gros comme un grain de blé et situé à la partie externe de l'iris. Les douleurs circumorbitaires étaient très vives et s'irradiaient dans la moitié de la tête. L'état général de cette malade était excellent; on la soumit immédiatement à un traitement antisypilitique. Onctions hydrargyriques et sirop de Gibert; localement, atropine et compresses chaudes. Sous l'influence de cette médication, la tumeur condylomateuse ne fit pas de progrès, resta stationnaire pendant une quinzaine de jours puis diminua peu à peu et finit par disparaître complètement. La malade sortit guérie le 28 novembre.

OBSERVATION VIII (1)

(TH. TREITEL).

Gomme de l'iris, 4 mois après le chancre. Cataracte secondaire.

Homme, dix-neuf ans.

Premier chancre douteux en décembre 1878, sans accidents généraux consécutifs. En février 1879, deuxième chancre suivi de l'apparition de condylomes à l'anus, d'éruptions cutanées et d'inflammation de l'œil droit qu'un médecin diagnostiqua iritis gommeuse. Le mal empirant, le malade vient le 2 juin 1879, à la clinique.

Etat actuel. — Œil droit : paupière supérieure un peu tuméfiée et rouge. Injection périkeratique faible et trouble diffus de la cornée qui présente des exsudats fins et nombreux sur sa face interne. A la partie supéro-externe de la chambre antérieure, une tumeur remplit l'angle irido-

(1) Thèse de Turcan.

cornéen, s'étend sur l'iris jusqu'à l'équateur de l'œil. Convexe en avant, elle touche presque la cornée. Coloration rouge-jaunâtre, avec trois petites plaques pigmentées et noirâtres. A la loupe, sa surface montre une vascularisation intense. Trouble diffus de l'humeur aqueuse. La partie de l'iris restée visible est tuméfiée, parcourue de fins vaisseaux. Cornée finement vascularisée. Excudat blanc-jaunâtre recouvrant la pupille. Un peu d'hypertonus, pas de douleurs à la pression sur le globe oculaire. Vision seulement quantitative. Le traitement consiste en frictions ; localement, atropine et cataplasmes.

10 *juin*. — La tumeur a augmenté et occupe tout le segment inféro-interne du bord pupillaire. Pupille étroite, cornée trouble.

14 *juin*. — Tumeur plus grosse, hypertonus plus marqué. A la partie externe de la tumeur, apparaît un point blanc-jaunâtre, d'environ 1 millimètre et demi.

15* *Juin*. — Ce point paraît plus gros, et un peu excavé. La tumeur, par contre, a diminué, l'humeur aqueuse est claire, le tonus presque normal, la vue serait plus claire.

18 *Juin*. — On note une adhérence du bord pupillaire inférieur ; la pupille est recouverte d'une membrane gris-blanchâtre. Le point jaune semble atteindre la cornée. Le malade ne peut encore compter les doigts.

23 *Juin*. — Diminution notable de la gomme siégeant à 1 millimètre et demi du bord pupillaire inférieur qui adhère à la cristalloïde. La tumeur ne dépasse plus le niveau de l'iris. Les exsudats filamenteux unissent la cornée à la partie jaune, ulcérée.

9 *Juillet*. — Après la trente-cinquième friction, la gomme a encore diminué, l'iris est irrégulièrement boursoufflé. Mais, le 11 juillet, avec une légère injection périkeratique, apparaît dans le quadrant irien supéro-interne une petite tumeur brunâtre, avec trois petits points blanc-jaunâtres.

12 *Juillet*. — La vision est de nouveau imparfaite. On fait une iridectomie, rendue difficile par la mollesse du tissu

irien, mais n'amenant pas de réaction appréciable. Traitement : iodure de potassium.

16 *Juillet*. — Les accidents oculaires plus graves font reprendre les frictions et, le 29, l'injection a disparu, la gomme diminué, n'étant plus reconnaissable qu'à un petit nodule peu proéminent et jaunâtre.

7 *Août*. — La paroi postérieure de la chambre antérieure est formée d'un diaphragme continu, brunâtre, ne laissant pas voir trace de pupille. Le quadrant irien inféro-externe est à peu près normal; le reste de l'iris est complètement désorganisé, sans structure apparente, et irrégulier. Une seconde iridectomie, en bas, fait voir un cristallin trouble.

La cataracte évolua rapidement et, le 27 octobre, on fait l'extraction d'un cristallin mou, presque fluide et sans noyau. Il reste une masse adhérente, d'où cataracte secondaire, assez dure, opérée le 26 juillet 1880.

Après la correction de l'aphakie, Vision = $1/4$.

OBSERVATION IX (1)

(SCHAEFER)

Gommes iriennes, de deux côtés, 3 mois après le chancre.

G. K..., vingt-cinq ans.

Corps étranger métallique dans l'œil droit, il y a quelques années. Accident primitif en octobre 1882. Accidents secondaires (angine, plaques muqueuses, roséole, condylomes à l'anus), traités pendant deux mois.

25 *Décembre*. — Le soir, vives douleurs dans l'œil droit, qui devient rouge chaque soir, ou après un travail ou un séjour prolongé à l'air. Le 31, après un travail fatigant sur la digue, en plein vent, son œil rougit, pleure, devient sensible à la lumière.

12 *Janvier* 1883. — A l'examen du malade, on trouve de

(1) Thèse de Turcan.

l'engorgement et de l'induration des ganglions inguinaux, axillaires, cubitiaux et cervicaux, deux excoriations sur le prépuce, des condylomes à l'anūs. Sur le front et la région temporale, petits nodules isolés, circonscrits, rouge cuivreux, ressemblant à des gourmes, les uns déjà en voie de dégénérescence, recouverts de croûtes, les autres en pleine évolution.

A l'O. D., paupières rouges et enflées. Conjonctive injectée. Rien à la cornée. Cercle périkératique. Humeur aqueuse entièrement trouble, et iris hyperémié, verdâtre, tandis que l'iris sain est gris-bleu. Sur le bord pupillaire supérieur, on voit trois petits nodules, de 1 millimètre et demi environ, jaune-ocre, à surface tomenteuse, et empiétant les uns sur les autres. Des vaisseaux fins et nombreux rampent jusqu'à leur sommet.

A la partie inférieure, trois formations semblables, mais plus grosses, et rouges, recouvertes d'un exsudat gris, gélatineux, encore translucide, quoique assez épais. Synéchies postérieures. Nombreuses opacités du vitré. Tonus normal, pas de douleur à la pression. Œil gauche, Vision = 1.

Traitement : Frictions mercurielles. Instillations d'atropine. Repos.

19 janvier. — Les nodules supérieurs ont presque disparu, en même temps que les inférieurs diminuaient de moitié. Les exsudats moins intenses permettent une vision trouble et floue du fond de l'œil. Vision = 1/6.

25 Janvier. — Il ne reste à la place des gomme supérieures qu'une plaque rouge-jaune, à peine surélevée, et parcourue de nombreux vaisseaux. Vision = 1/2. L'œil gauche est un peu enflammé et, quelques jours après, apparaît une gomme, dans le quadrant supéro-externe, déformant obliquement l'ouverture pupillaire. Vision = 2/3.

8 Février. — L'œil droit est presque guéri, avec atrophie de l'iris et nombreuses synéchies. Du côté gauche, les troubles subjectifs sont plus marqués, sauf l'élément douleur. Cornée trouble dans sa moitié inférieure, avec trois petites infiltrations de la grosseur d'une tête d'épingle. Deux nouveaux

nodules ont apparu. Vision = $1/3$. L'état empire encore, la vision devient $1/10$.

Le 15 février cependant, la vision remonte à $1/6$, et le 26 février, après l'administration d'iodure de potassium et six sangsues à la tempe, l'œil gauche redevient presque normal, quoiqu'il existe de nombreuses synéchies. Vision = $1/2$.

A la sortie, plus d'injection aux yeux. O. D. : iris atrophié en certains points, décoloré, plissé, sans vascularisation anormale. Large synéchie en bas. Exsudats nombreux et dépôts de pigments sur la cristalloïde antérieure. Vision = 1.

O. G. : Iris atrophié, décoloré. Deux synéchies en haut. Vision = $1/2$.

5 Avril. — Le malade est revu, et n'a pas eu de rechute.

OBSERVATION X (1)

(LAHEYNE)

Gommes circonscrites de l'iris, 3 mois après le chancre.

Le malade se présente le 23 mai 1849, avec un chancre situé à la face interne du prépuce; malgré l'emploi de pilules de protoïodure de mercure, de tisanes sudorifiques, de pansements avec une pommade au protoïodure de Hg et cautérisations, il se manifesta au bout d'un mois des aphtes dans la bouche, puis plus tard un *echtyma* syphilitique. Malgré l'usage de protoïdure de Hg, qui dut parfois être suspendu à cause des dérangements gastro-intestinaux et la diminution de l'induration principale et de l'*echtyma*, l'œil gauche s'affected le 16 août et le 18, ce malade présentait l'iritis syphilitique la mieux caractérisée. L'auteur observa, entre autres, sur le bord pupillaire, 3 productions bouclées, jaune-rougeâtres, tomenteuses, de la grosseur d'une tête de petite épingle; des frictions mercurielles belladonnées et des bains de pieds sinapisés le premier jour, puis l'emploi du calomel,

(1) Thèse de Serrigny.

des saignées, des instillations et des fomentations sèches de belladone amenèrent la guérison de l'iritis ; le ptyalisme qui s'était montré fut traité par le sulfate de magnésie; enfin, l'iodure de potassium guérit les derniers symptômes syphilitiques, à savoir l'echtyma qui s'était encore rencontré le 1^{er} Septembre.

OBSERVATION XI (résumée) (1)

(SICHEL)

Gomme de l'iris, 7 mois après l'accident primitif.

Le malade, âgé de 21 ans, a présenté au mois de juin 1839, un chancre induré; polyadenite cervicale au mois d'août et éruptions cutanées au mois de septembre.

Le 14 janvier 1840, il se présente chez l'auteur pour une iritis syphilitique à l'œil droit ayant débuté depuis une vingtaine de jours.

A l'examen, on note la décoloration du petit cercle de l'iris qui présente, en haut et en dedans, une élévation de près de 3 mm et demi de hauteur sur 2 mm de largeur. Cette petite tumeur est de forme ovale, de teinte jaunâtre, purulente sur son bord externe, de couleur rouge-cuivré et d'aspect tomenteux sur sa partie interne et inférieure.

Le traitement antiphlogistique et antisiphilitique en usage à l'époque fut institué et, 6 jours après, la vision s'améliora et l'excroissance s'affaissa et se transforma en une synéchie adhérente à la cristalloïde antérieure. Le traitement fut encore continué contre les accidents cutanés.

(1) Thèse de Serrigny.

B. Iritis gommeuse à pseudo-hypopyon.

OBSERVATION XII

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

Iritis gommeuse à pseudo-hypopyon, 7 mois après le chancre.

Monique P..., 47 ans, entrée dans le service de M. Rollet, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 59, le 26 avril 1904.

Mariée, mère d'un fils de 21 ans bien portant, pas de fausse couche, bonne santé habituelle. Céphalées datant de novembre 1903, marquées la nuit. Surdité presque complète ayant apparu à la même époque. Le 12 janvier 1904, entrée dans le service de M. le professeur Gailleton, à l'Antiquaille, où l'on note l'existence de plaques muqueuses sur toute la surface des grandes lèvres, de papules sur le nez et la lèvre supérieure, une ulcération de la narine gauche, des papules sur le tronc et les membres, des syphilides palmaires. L'œil droit est atteint vers le 7 avril; baisse de la vision, rougeur de la conjonctive.

26 *Avril*. — La chambre antérieure est remplie jusqu'au bord supérieur de la pupille d'une masse jaunâtre qui semble sortir de la pupille; elle masque l'iris dans sa moitié inférieure. Dans le reste de son étendue, l'iris est terne, décoloré. Aucune réaction à la lumière ou à l'accommodation. Cercle périkératique. Atropine, KI 4 grammes, onguent napolitain en frictions.

30 *Avril*. — Amélioration visible, la pupille est moins encombrée, l'exsudat se résorbe, la vision revient un peu.

10 *Mai*. — L'exsudat a complètement disparu sauf dans la partie la plus inférieure de la chambre antérieure où il reste un peu flou. La pupille ne se dilate pas, elle est encombrée de fines membranes exsudatives. KI 6 grammes.

25 *Mai*. — La pupille a la forme d'un cœur, une synéchie

forme une encoche de chaque côté de laquelle le cercle syhinctérien s'écarte pour former deux pupilles.

6 Juin. — Le tissu irien est toujours altéré en bas; V. = 1/4.

23 Décembre. — La malade n'a plus souffert depuis sa sortie de l'hôpital et continue à instiller dans son œil deux gouttes de duboisine, deux fois par semaine.

Rien à la cornée.

Pupille légèrement irrégulière, réagissant bien à la lumière, sauf au niveau de la cicatrice irienne. Au centre de la pupille, on note une plaque exsudative adhérente en haut à l'iris.

En dehors et un peu en bas (à 8 heures), il subsiste une petite adhérence de l'iris avec la capsule cristallinienne.

Au niveau de la cicatrice, le tissu irien paraît raréfié, atrophié. Il est blanchâtre, avec quelques dépôts de pigments tout autour.

La malade a une vision de 1/2 sans correction qui, par un verre sphérique de plus de 2 dioptries peut être améliorée jusqu'à 2/3.

A l'œil gauche, presbytie corrigée par un verre sphérique de plus de 2 dioptries 50.

OBSERVATION XIII

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

Iritis gommeuse à pseudo-hypopyon, 6 mois après le chancre.

Génie L..., 47 ans, entrée dans le service de M. Rollet, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 60, le 24 mai 1904.

Cette femme est mariée, mère de deux enfants bien portants. Au commencement de décembre 1903, petit bouton croûteux sur la face externe de la joue. Le 10 février 1904, entrée à l'Antiquaille dans le service de M. le Professeur Gailleton; on note une ulcération de la largeur d'une pièce de deux francs, indolente, rosée, à peine suintante, à base

indurée, avec adénopathie froide; il s'agit d'un chancre syphilitique de la joue. Violentes céphalées, dysphagie, alo-pécie, et éruption dans le cuir chevelu, roséole sur les flancs et la région mammaire.

11 *Février*. — Piqûres arsénico-hydrargyriques.

22 *Février*. — On chauffe au rouge sombre l'ulcération. Syphilide pigmentaire du cou.

2 *Mars*. — Gingivite.

11 *Mai*. — Papule de la largeur d'une pièce d'un franc, reliquat du chancre de la face. Engorgement sous-maxillaire bilatéral. Plaques muqueuses à la partie gauche du voile du palais. On note à l'œil gauche un cercle péricératique, changement de coloration de l'iris devenu gris-jaunâtre, pupille irrégulière et ne réagissant pas à la lumière; dans la chambre antérieure amas d'apparence fibrineuse suspendu à l'iris.

15 *Mai*. — La malade est adressée à l'Hôtel-Dieu. On voit dans la chambre antérieure une masse jaunâtre en forme d'hypopyon, plus inféro-externe qu'inférieur, marquant l'iris avec quelques tractus rougeâtres à la périphérie. Le reste de l'iris est terne, la pupille ne se dilate pas à l'atropine, elle est irrégulière et encombrée d'exsudats. Hyperémie péricératique. Atropine, iodure, frictions à l'onguent napolitain.

20 *Mai*. — La masse jaunâtre a un peu diminué. V. : ∞

25 *Mai*. — L'hypopyon de jaune est devenu grisâtre, il s'agit d'une masse un peu mamelonnée s'étendant de la pupille à l'angle irido-cornéen. Pupille irrégulière et non dilatée, exsudat jaune-rosé en son centre envoyant une bride sur la tumeur gommeuse inféro-externe. Hyperémie conjonctivale. Kl 6 grammes et onguent napolitain.

6 *Juin* — Cicatrice va en arc de cercle de la pupille au bord scléro-cornéen formant une fine bandelette blanchâtre à concavité supérieure. Dans le quadrant inféro-externe le tissu irien est toujours peu net.

15 *Octobre*. — Aspect normal de la cornée et de la chambre antérieure. Pupille fermée par des exsudats, compte vaguement les doigts. On propose une iridectomie optique, point de douleur.

23 *Décembre*. — Pupille déformée et son grand axe est oblique de haut en bas et de dedans en dehors, l'extrémité externe arrivant presque jusqu'au limbe. La pupille est obliquée par des exsudats. L'iris réagit faiblement à la lumière, et seulement dans les points qui n'ont pas été touchés par la gomme. Il est adhérent sur une assez grande étendue à la partie inféro-externe.

Sur la cornée, transparente à sa partie supérieure, on note à la partie inféro-externe une petite bande blanchâtre, au niveau du limbe, paraissant le reliquat d'une infiltration des lames cornéennes par le pseudo-hypopyon.

La malade ne distingue pas les objets et n'a qu'une vision, quantitative. Mais les projections sont bonnes et la malade va rentrer dans le service de M. le Professeur Rollet où on lui fera une iridectomie.

OBSERVATION XIV

(DESPAGNET)

Gomme de l'iris, cinq mois après le second chancre (cas de réinfection). Pseudo-hypopyon et léger hyphéma.

Homme de 51 ans : à l'O. G., on constate une iritis violente avec une grosse gomme vascularisée sur le bord externe de la pupille. Malgré le traitement au sirop de Gibert et au cyanure, la situation s'aggrave et de nouvelles formations gommeuses apparaissent au pourtour de la pupille. Cornée infiltrée d'exsudats blanchâtres, punctiformes, ou de volume de deux ou trois têtes d'épingle, qui envahirent rapidement toute cette membrane. Léger hypopyon. Petit amas de sang dans les couches inférieures de la cornée. Cet état persiste malgré le traitement. Le malade déclare avoir eu, il y a vingt-trois ans, un chancre qui aurait été diagnostiqué syphilitique. Il serait exceptionnel de voir évoluer un accident d'une telle gravité, vingt-trois ans après l'infection. Mais le malade a eu un nouveau chancre, il y a cinq mois, suivi deux mois après, d'une éruption de tout le corps dont on trouve encore des

traces et après laquelle s'est développée l'iritis. L'accident actuel est bien dû à la dernière infection et sa gravité peut probablement s'expliquer par l'âge du sujet.

OBSERVATION XV

(BENOIT)

Iritis gommeuse à pseudo-hypopyon, 6 mois après l'accident primitif. Guérison de la gomme et de l'épanchement en trois semaines par le traitement anti-syphilitique mais le glaucome consécutif nécessite l'énucléation.

Mathieu B..., 36 ans, ouvrier mineur se présente à la clinique ophtalmologique de Liège en décembre 1894.

Trois mois auparavant, il a contracté la syphilis; il est porteur de nombreuses syphilides cutanées.

L'œil droit est malade depuis trois semaines, on porte le diagnostic d'iritis syphilitique simple : nombreuses synéchies postérieures et membrane pupillaire étendue.

Au bout d'un mois de traitement, le malade sort guéri; la membrane pupillaire et quelques synéchies persistent encore. V. = 5/12.

Le 4 mars 1895, le patient revient à la clinique; son état général est mauvais; il est fortement anémié et porte de nombreuses plaques muqueuses aux lèvres et dans la bouche.

L'œil gauche s'est entrepris à son tour; on constate de l'iritis et une tumeur iridienne grisâtre, une gomme, occupant la partie inférieure du bord pupillaire. Les jours suivants la gomme s'étend, semble-t-il, sur tout le pourtour de la pupille.

11 Mars. — La gomme a augmenté de volume; sur sa face antérieure apparaît une partie jaunâtre, saillante. L'œil devient dur.

15 Mars. — La tache jaunâtre a grandi, la gomme a considérablement augmenté de volume, au point qu'elle vient

s'aplatir à la face postérieure de la cornée, sous forme d'une tache gris-jaunâtre, présentant un centre pigmenté

19 Mars. — La tumeur s'est affaissée, et l'on trouve dans la chambre antérieure un hypopyon composé de 2 couches : une inférieure sanguinolente, et une supérieure jaunâtre; la gomme s'est abcédée et l'abcès s'est ouvert dans la chambre antérieure.

25 Mars. — L'hypopyon a disparu et les parties du pourtour pupillaire secondairement atteintes se sont affaissées. La gomme ne paraît plus exister que dans la partie inférieure, là où elle s'était développée primitivement. L'œil est très dur, il ne persiste plus qu'un peu de perception lumineuse dans la partie supérieure du champ visuel. Les jours suivants, la perception lumineuse se réduit encore; depuis le début de l'affection les douleurs sont excessivement violentes; le malade réclame l'énucléation, qui est faite le 29 mars.

Le malade, revu un an après, n'a plus présenté aucune manifestation syphilitique.

OBSERVATION XVI

(STOEGER)

Iritis gommeuse à pseudo-hypopyon, 3 mois après l'accident primitif.

Un jeune homme de 18 ans a vu, trois mois après un chancre induré, apparaître sur l'iris, à la partie supérieure, une petite tumeur ronde, d'un blanc-jaunâtre, avec accompagnement de douleurs ciliaires et sus-orbitaires; injection périkeratique intense et dépoli de l'iris; de plus, à la partie inférieure de la chambre antérieure, existait une lunule rappelant la forme et la couleur de l'hypopyon. Au bout d'un mois du traitement hydrargyrique (frictions mercurielles; calomel à l'intérieur à doses réparties et iodure de potassium 2 à 4 gr. par jour) la lunule se résorba et la tumeur finit par se fondre en laissant une cicatrice assez nette.

OBSERVATION XVII

(NITOT)

Iritis gommeuse à pseudo-hypopyon, 5 mois après le chancre.

Jeanne L..., quatorze ans.

Chancre en décembre dernier. Les accidents secondaires sont actuellement sur leur déclive; la malade présente de l'alopécie en clairière.

25 Avril. — L'œil gauche devient rouge, blépharospasme, chémosis.

La chambre antérieure est trouble dans sa partie inférieure.

Hypopyon. Iris foncé, immobile. On note à sa partie supérieure deux saillies, grosses comme une tête d'épingle, de couleur jaune cuivré. Dépôts nuageux sur la pupille et synéchies postérieures nombreuses. Douleurs intraoculaires et circumorbitaires très vives.

La ponction de la cornée donne issue à une masse purulente.

Traitement : Frictions à l'onguent napolitain; iodure de K, 1 gramme par jour. Bains sulfureux.

15 Juillet — Il subsiste encore quelques douleurs. L'œil est un peu rouge. Synéchie antérieure de la partie inférieure de l'iris. Synéchies postérieures en haut. Aux points où siègeaient les gommès, l'iris est détruit et remplacé par des fausses membranes, englobant des restes de tissu irien. Pupille nuageuse.

OBSERVATION XVIII (1)

(SCHAEFER)

Iritis gommeuse à pseudo-hypopyon, 10 mois après le chancre.

M. K..., vingt-trois ans.

Accident primitif en octobre 1882. Elle a eu, il y a deux

(1) Thèse de Turcan.

ou trois mois une éruption aux jambes, surtout au côté interne, et de la difficulté pour avaler. Ganglions durs et un peu douloureux dans l'aisselle et l'aîne. Condylomes à l'anus et à la vulve.

Vers le 20 juillet, elle remarque comme un brouillard devant ses yeux, qui sont rouges. Instillations d'atropine et sangsues à la tempe.

20 Août. — L'œil gauche est très rouge; son acuité est très diminuée, et la malade a de violentes douleurs de tête. La malade présente des syphilides pigmentaires sur les jambes.

Œil droit : vision : 1. Rien aux paupières.

Œil droit : vision = 1. Rien aux paupières.
Injection périkeratique. Rien à la cornée. Humeur aqueuse un peu trouble. Hypopyon d'environ 2 millimètres de haut, ne changeant pas de place avec les mouvements de la tête, et plutôt semblable à une masse de détrit, à des amas caséeux, jaunâtres et granuleux. Iris hyperémié, décoloré, avec des parties mates à structure fibrillaire peu apparente. La pupille réagit à peine. Dans le quadrant supéro-externe de l'iris, on remarque une tumeur de 5 à 6 millimètres de large, sur 2 à 3 millimètres de haut, d'aspect dense, surélevée, jaunâtre, arrivant presque à toucher la cornée. Le sommet est jaune clair, sale, sans vaisseaux, tandis que la base est sombre, rouge, fortement vascularisée. La surface est inégale, raboteuse, mais sans perte de substance. Synéchies postérieures nombreuses; opacités du vitré. Tonus normal. Rien à la pression du globe. Acuité visuelle très diminuée. Au point de vue subjectif, photophobie intense, larmoiement abondant, vives douleurs frontales et occipitales, à exacerbation nocturne.

Repos à l'obscurité, frictions mercurielles et atropine, morphine si nécessaire.

5 Septembre. — Un peu de mieux. Hypopyon de 1/2 millimètre de haut. Pupille inégale, mais un peu plus large. Vision = 1/3.

L'œil droit devient douloureux. Injection périkeratique.

Iris plus foncé, terne. Quelques exsudats à la face profonde de la cornée. Trouble léger et diffus du vitré.

13 *Septembre*. — A l'œil gauche, la cornée est nette, l'hypopyon a disparu, et la gomme est en régression. A sa base, sur le bord pupillaire inférieur, on remarque que l'iris est tuméfié et fortement vasculaire. Vision = $1/3$.

Le 15 septembre apparaît en ce point un second nodule proéminent et jaunâtre, qui augmente lentement, tandis que la première gomme régresse.

9 *Octobre*. — Les deux gommages sont devenues très petites; la pupille se dilate irrégulièrement par suite d'adhérences nombreuses. La cristalloïde antérieure montre des restes d'exsudats et des dépôts de pigments.

Les deux yeux sont rouges et présentent de la photophobie, de l'épiphora, mais il n'y a plus aucune douleur. On supprime le mercure, qu'on remplace par l'iodure de potassium en continuant l'atropine.

22 *Octobre*. — Œil droit presque guéri. Vision = $1/2$. L'œil gauche est guéri, mais l'iris a, dans divers points où siégeaient les gommages, un aspect décoloré et atrophié qui contraste vivement avec les parties saines. Plus de néoformations vasculaires. Quelques synéchies postérieures. Vision = $1/3$.

C. Infiltration gommeuse diffuse.

OBSERVATION XIX

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

Infiltration gommeuse irienne, 10 mois après le chancre. Traitement spécifique intensif. Gommcs syphilitiques multiples (poumon, foie, rein); mort du sujet au 15^e mois de l'infection.

A. J..., 35 ans, a contracté la syphilis en juin 1905, à Moscou, avec une chanteuse sibérienne.

Rien de particulier dans ses A. H. Pas de maladies sérieuses dans ses A. P., veuf et père de deux enfants bien portants.

Chancre dura un mois; 45 jours après : roséole, chute des cheveux, douleurs ostéocopes.

Cinq mois après le chancre, atteinte d'iritis à l'O. G., pour laquelle il consulta à Moscou; il suivit plusieurs traitements sans résultats. Son O. D. devient rouge à son tour. Désenchanté, il rentre en France et est admis à la Clinique de M. le Professeur Rollet, le 4 avril 1906.

A cette date : vives douleurs temporo-frontales gauches, l'empêchent de dormir; baisse considérable de l'acuité visuelle du côté gauche; les mêmes symptômes, à peine ébauchés, existent à droite.

O. G. : Injection conjonctivale intense, chémosis, cercle périkératique. Descémétite. Dans la chambre antérieure, il existe un liquide louche. Iris très décoloré, semé de petites hémorragies; il est irrégulier, ne réagit plus, ne se dilate pas par l'atropine. T. peu élevé. Fond d'œil inéclairable. V. = 0. On songe à une iritis gommeuse diffuse.

O D. : Mêmes symptômes, moins accusés. V. = 1/30.

Traitement : collyre à l'atropine.

Dès le lendemain, 5 avril, le malade se plaint de douleurs très vives à l'O. G. Tension : + 2. On constate alors, dans la chambre antérieure gauche, un hyphéma, ou plutôt, on voit du sang plaqué contre la face postérieure de la cornée; ce sang affecte la forme d'un croissant de lune, mais en convexité dirigée en haut.

On abandonne l'atropine. Collyre à l'ésérine toutes les 3 heures. Ventouses de Herteloup. Traitement antisyphilitique (*KI en potion 3 gr. Frictions d'onguent napolitain, 4 gr.*)

9 Avril. — L'hypertension augmentant malgré l'ésérine, on pratique une paracenthèse de la chambre antérieure en haut.

13 Avril. — Les douleurs ont momentanément cessé. Le sang de la chambre antérieure, disparu depuis le 9 avril, revient à nouveau. Trainées hémorragiques sur l'iris. L'œil est de plus en plus chémotique : les deux paupières, en se fermant, enserrant un bourrelet de chémosis.

18 Avril. — L'état de l'O. D. : Descémétite. Corps flottants multiples du vitré. V. = 0. On fait une injection sous conjonctivale de quelques gouttes de cyanure de mercure à 0,33 pour 1.000. L'œil n'est que peu douloureux.

21 Avril. — Les douleurs augmentent de plus en plus. Le sang a disparu, mais on aperçoit, se dessinant sous le chémosis, une saillie staphylomateuse, en dehors et en bas. Le globe oculaire est repoussé en haut. On porte à ce moment le diagnostic de gomme de corps ciliaire et on institue un traitement intensif : *Iodure 10 gr.* plus injections fessières *3 centigr. de biiodure de Hg* en solution aqueuse de Lafay.

22 Avril. — La saillie staphylomateuse s'accroît de plus en plus. Les douleurs persistent quoique atténuées dans la région temporo-frontale gauche. *15 gr. d'iode.* Les injections fessières *6 centigrammes de biiodure.* Le malade ne voit plus de l'œil droit, mais celui-ci n'est pas douloureux, le malade n'a souffert qu'à l'occasion de son injection sous-conjonctivale du 18. Tous les deux jours on alterne les ins-tillations d'atropine et de scopolamine.

27 Avril. — O. G. est toujours rouge, énorme, douloureux.

On continue toujours 15 gr. d'iodure par jour et 6 centigrammes de biiodure de Hg. — O. D. devient douloureux et staphylomateux, l'iris est plaqué contre la cornée, T : + 2. On met le malade à l'ésérine.

2 Mai. — On a été obligé d'arrêter les injections de biiodure, le malade a de la stomatite mercurielle. On continue l'iodure. L'O. G. est de plus en plus rouge, le chémosis augmente; l'œil semble sortir de l'orbite. L'O. D. a maintenant l'aspect de l'O. G. à la date du 5 avril. A son tour, il présente de l'hyphéma : le sang est plaqué contre la membrane de Descemet.

7 Mai. — Douleurs augmentent, le globe gauche grossit de plus en plus; on procède à son énucléation.

9 Mai. — Plaie opératoire guérie. A droite, saillie staphylomateuse en haut et à droite, correspondant à une gomme probable de la région équatoriale de la choroïde. Depuis le 23 avril, le malade a pris *pro die*, 15 gr. d'iodure de K. On recommence les frictions mercurielles, la stomatite ayant disparu : 4 gr. d'onguent napolitain.

22 Mai. — Injection sous-conjonctivale d'oxycyanure de Hg. — L'état du malade s'aggrave progressivement.

9 Juin. — Grès disque d'albumine dans les urines. Polyurie. Mercure et KI étant supprimés, on songe à une néphrite syphilitique.

9 Juillet. — Le malade quitte le service, malgré l'état de son O. D. qui est gros, staphylomateux et très douloureux.

En août 1906, il entre dans le service de médecine de Monsieur le Professeur Roque pour des phénomènes pulmonaires et l'albuminurie. Il est cachectique, anémié, présente des hémoptysies répétées et offre le tableau clinique de la tuberculose pulmonaire, avec les signes d'infiltration diffuse des deux sommets. Après l'examen prolongé, le diagnostic est porté de *syphilis du poumon*. On lui fait un *traitement intensif mercuriel et ioduré*.

Le malade meurt le 14 septembre 1906, avec des hémoptysies assez abondantes.

L'EXAMEN MICROSCOPIQUE DE L'ŒIL GAUCHE, énucléé le 7 mai, a montré une *infiltration diffuse prégommeuse de l'iris très récente pour avoir déjà abouti à la caséification gommeuse* avec pseudo-hypopyon, infiltration de la sclérotique, du corps ciliaire, de la choroïde, de la cornée, pas de spirochètes. Tissu d'infiltration était constitué uniquement par des petites cellules rondes disposées assez généralement sous forme d'îlots arrondis, séparés par des travées conjonctives et qui ont souvent pour centre un vaisseau : sur certaines coupes obliques l'infiltration embryonnaire périvasculaire prend l'aspect d'un long fuseau. Ces vaisseaux eux-mêmes ne présentent pas d'infiltration de leurs parois et pas de sclérose. Point de parties nécrobiosées donnant des masses enkystées plus ou moins granuleuses de la gomme. C'est donc une infiltration tout-à-fait récente, en pleine activité, n'ayant pas encore oblitéré des vaisseaux assez importants pour réaliser des blocs de nécrose véritablement gommeuse.

A L'AUTOPSIE : gommages du foie, du diaphragme, des reins et infiltration diffuse gommeuse du poumon rappelant la pneumonie caséuse. Au microscope, aucune formation tuberculeuse, mais infiltration énorme de cellules embryonnaires au niveau des formations gommeuses avec dégénérescence de la masse ainsi formée par oblitération vasculaire; recherche négative du *treponema pallidum*.

OBSERVATION XX (1)

(HANKÉ)

Infiltration gommeuse diffuse de la membrane fibreuse de l'œil, à point de départ irien, 6 mois environ après le chancre. Généralisation gommeuse à la tête, aux extrémités, au tronc, au testicule.

F. S..., vingt-sept ans, cocher.

Accident primitif en 1897. Plaques muqueuses en octobre.

(1) Thèse de Turcan.

Le 2 janvier 1898, l'œil gauche devient rouge, douloureux, et présente de la photophobie. Son acuité visuelle est diminuée, Douleurs de tête très fortes le soir. Otorrhée bilatérale.

7 Janvier. — Le malade grand, vigoureux, présente une petite cicatrice sur le frein, avec de l'induration et de petites papules sur la muqueuse du prépuce. Nombreuses efflorescences à la poitrine, au dos, au visage. A l'appendice xiphôïde, on remarque un nodule de la grosseur d'un pois, croûteux. Tuméfaction douloureuse du testicule droit et de l'épididyme gauche. Ganglions sous-maxillaires, cubitaux et inguinaux, tuméfiés et indolents.

O. D. : Vision = 1.

O. G. : Paupières normales. Conjonctive injectée, avec de gros vaisseaux. La cornée est terne et présente un trouble diffus avec, au centre, une petite vésicule transparente. Pointillé grisâtre des couches postérieures. L'humeur aqueuse est légèrement trouble; l'iris est tuméfié, surtout au niveau du petit cercle, décoloré et verdâtre. Pupille étroite, ne se dilatant pas par l'atropine. Le tonus oculaire est augmenté; le malade distingue la main à 1 mètre. Le fond est difficilement éclairable. Traitement par des injections d'huile grise.

En fin février, apparaît dans le quadrant supéro-externe du grand cercle irien, une tumeur, qui grossit en soulevant la sclérotique. Plus d'accidents généraux.

La conjonctive est infiltrée, épaissie autour de la tumeur, la cornée terne, avec de nombreux vaisseaux radiés. Sa paroi interne présente un pointillé fin, se continuant à la partie inférieure avec des exsudats gris ou jaunes, grumeleux, constituant dans la chambre antérieure un hypopyon très peu mobile, d'environ 1 millimètre et demi. L'iris, tuméfié et décoloré, montre une pupille inégale, boursoufflée, grise et recouverte d'un exsudat membraneux. La tumeur est rougêatre. Le tonus est diminué, le fond n'est pas éclairable, la vision est très amoindrie.

Traitement : Atropine, Mercure.

14 Mars. — Les exsudats remplissent plus de moitié de

la chambre antérieure, le globe est très douloureux, la tumeur a considérablement augmenté. On décide une énucléation qui est faite le 16 mars.

22 Mars. — Apparaissent des gomme exulcérées à la tête, aux extrémités, au tronc et, en avril, se déclare une orchite gommeuse droite, nécessitant l'ablation du testicule.

RÉSUMÉ DE L'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE L'ŒIL :

L'iris, tuméfié, montre une gomme mal limitée, constituée par deux nodules devenus confluent, dont les cellules présentent un début de nécrose (masses homogènes ou finement granuleuses, cellules à protoplasma granuleux, à noyau faiblement teinté et dont quelques unes présentent de la dégénérescence hyaline) et d'organisation fibreuse (cellules funiformes néoformées, disposées en chaînes). La gomme est développée à la fois vers la sclérotique, qu'elle amincie et refoulée, et vers la profondeur. Infiltration abondante de la conjonctive par de petites cellules et de nombreux vaisseaux congestionnés. De même, vascularisation et infiltration néovasculaire de la cornée et de la sclérotique.

CHAPITRE VII

Symptomatologie.

Dans le chapitre II, en décrivant les principales formes anatomo-cliniques de la syphilis gommeuse irienne, nous avons indiqué les signes objectifs de la gomme elle-même. Nous aurons donc ici surtout en vue les troubles fonctionnels et les signes objectifs accessoires accompagnant l'évolution d'une gomme irienne. Notre description concerne plus particulièrement les symptômes de la gomme circonscrite et du pseudo-hypopyon, qui sont les formes habituelles. Quant à l'infiltration gommeuse diffuse, forme exceptionnelle, nous croyons préférable de renvoyer à la lecture de l'Observation XIX (p. 60), qui est typique.

La symptomatologie de début de la gomme irienne dans les cas où elle se développe au cours d'une iritis plastique diffuse se confond avec la symptomatologie de cette dernière. Dans les cas où la gomme survient sans l'iritis préalable, le début est insidieux, lent et aphasique ; c'est le plus souvent le cas de la gomme tardive.

Les symptômes objectifs et fonctionnels varient d'après la forme clinique et d'après la phase d'évolution de la lésion ; on y distingue, en effet, quatre phases : crudité, ramollissement, ulcération, réparation. L'ulcération s'accompagne généralement du pseudo-hypopyon, mais elle peut manquer et la gomme peut ainsi subir l'atrophie scléreuse sans s'être ulcérée.

Lorsque la maladie a été précédée d'une iritis simple, ce sont les symptômes de celle-ci qui auront attiré l'attention du malade : douleur périorbitaire, photophobie, diminution de la vision. Hypérémie conjonctivale, surtout dans la région périlimbique. Iris décoloré, pupille paresseuse ; l'examen minutieux découvre des synéchies postérieures et même des exsudats occupant le champ pupillaire.

Puis on constate l'apparition d'une petite élevation rougeâtre, circonscrite, le plus souvent sur le bord pupillaire ou adhérent de l'iris, rarement entre ces deux bords. Son accroissement peut être plus ou moins rapide, mais ne dépasse que très rarement le volume d'un petit pois. C'est le plus souvent le volume d'une tête d'épingle, mais, exceptionnellement, la gomme peut atteindre la grosseur d'un haricot et remplir par sa masse la chambre antérieure.

Autour de la gomme, on constate une zone hyperémiée et boursouflée.

A ce moment, la déformation pupillaire, par des nombreuses synéchies, devient très apparente. La baisse visuelle, par exsudats dans le champ pupillaire, peut être considérable.

Le tonus est normal ou légèrement augmenté. Ce

n'est guère que dans les cas de malignité extrême, d'infiltration gommeuse se propageant au corps ciliaire et aux membranes de l'œil qu'on constate la grosse hypertension et l'état glaucomateux avec phénomènes douloureux intenses.

Le changement de coloration de la gomme à son sommet indique le début de la phase de *ramollissement*. La tumeur devient jaunâtre et ne grossit plus.

Dès ce moment-là, la gomme peut évoluer suivant deux manières différentes : si la réaction de défense fibreuse prédomine, la gomme restera encore pendant quelques jours stationnaire, puis elle commencera peu à peu à diminuer et se transformer en une cicatrice fibreuse ; ou bien, le ramollissement continuera et la gomme finit par s'ulcérer et s'ouvrir en donnant naissance à un *pseudo-hypopyon* (p. 16). Ordinairement, lorsque la gomme doit évoluer de cette façon, son évolution est plus rapide et le pseudo-hypopyon se trouve constitué dès les premiers jours de la maladie.

Au moment de la constitution du pseudo-hypopyon, les signes objectifs et les troubles fonctionnels sont à leur maximum : obstruction du champ pupillaire, descémérite et dépôt à la cornée, décoloration de l'iris, déformation et paresse pupillaire. L'œil devient douloureux à la pression et spontanément, parfois en hypotonus. Le fond de l'ulcération irienne est anfractueux.

Ce pseudo-hypopyon gommeux se résorbe rapidement sans subir jamais la transformation purulente. On entre ensuite dans la dernière phase : réparation, qui se fait par organisation fibreuse et constitution

d'une cicatrice. L'iris reste atrophié au niveau où siègeait la gomme, il est déformé ; les synéchies postérieures empêcheront le rétablissement complet de la mobilité pupillaire.

Parfois, au cours de l'évolution de la gomme, on observe du trouble dans le cristallin pouvant être le point de départ d'une cataracte secondaire (Observ. VIII), des troubles dans l'humeur aqueuse et dans le corps vitré.

Une hémorragie peut parfois s'observer au cours d'une iritis gommeuse ; les observations XIV et XIX le montrent. Elle est surtout l'apanage de la troisième forme clinique, de l'infiltration gommeuse diffuse ; elle n'est du reste que rarement abondante. Dans les deux cas que nous rapportons, le sang provenait de la membrane de Descemet, par suite de l'inflammation de celle-ci.

CHAPITRE VIII

Diagnostic.

Il faut éviter de confondre la gomme irienne avec un certain nombre de lésions pouvant, à un moment donné de leur évolution, présenter l'aspect d'un nodule saillant, circonscrit.

Le diagnostic n'est que rarement difficile. En effet, la notion étiologique et les antécédents du malade suffisent généralement à orienter le diagnostic en présence d'une lésion irienne rappelant par son aspect et évolution clinique la gomme de l'iris.

Nous allons maintenant passer en revue les principales lésions iriennes, que l'on doit de par le diagnostic différencier de la gomme de l'iris.

Les tubercules de l'iris sont des lésions que l'on rencontre chez les jeunes sujets : enfants ou adolescents, à terrain bacillaire. On constate une ou plusieurs petites tumeurs grisâtres, du volume d'une tête d'épingle, à surface lisse et uniforme. Cette affection est caractérisée par sa plus grande gravité : on assiste assez

souvent à l'infiltration et à la perforation de la sclérotique ou de la cornée avec issue des masses fongueuses au dehors. Dans d'autres cas, c'est la méningite tuberculeuse ou la tuberculose généralisée qui sera la cause de la terminaison fatale. Le diagnostic est donc important à faire, vu la gravité de cette affection et la nécessité où l'on se trouve très souvent de procéder à l'énucléation. Des erreurs funestes ont été commises : cas de Nettleship et Fox, où des petites gommages furent prises pour des tubercules de l'iris et où la confusion fut si néfaste qu'elle provoqua l'énucléation d'un des deux yeux, tandis que l'autre œil guérit avec le traitement spécifique (1). Pour diagnostiquer cette maladie, on se basera sur l'âge jeune des sujets (2), l'absence d'antécédents syphilitiques et la présence d'antécédents ou de signes de la tuberculose, la multiplicité habituelle et l'aspect grisâtre, lisse, des lésions. Autour du tubercule on remarque un petit semis de granulations, tandis que la gomme est le plus souvent unique et entraîne une réaction inflammatoire moins marquée. On fera l'épreuve de tuberculine ou le séro-diagnostic d'après la méthode des Professeurs Arloing et P. Courmont. Le traitement spécifique d'épreuve pourra aussi être administré en cas de doute.

L'abcès de l'iris est rare. Il est causé par une infection, le plus souvent par le bacille d'Eberth. Il se localise rarement sur un point de l'iris en donnant lieu à

(1) AUBINEAU, Société franç. d'Opht., 1905, p. 247.

(2) Songer cependant à la possibilité de la gomme chez les hérédosyphilitiques.

un hypopyon vrai, purulent ; il revêt plutôt la forme d'iritis ou d'irido-choroïdite suppurée.

Les lipomes et les tumeurs télangiectasiques sont très rares.

Les lymphomes sont des nodules grisâtres observés au cours de la leucémie ou de la lymphadénie. Il faut surtout éviter de les confondre avec les tubercules.

Les kystes simples sont des poches transparentes, d'aspect hydatiforme, faisant saillie dans la chambre antérieure. Le diagnostic est facile.

Les kystes à entozoaires sont rares. Ils se reconnaissent à la présence de la tête du cysticerque.

Les kystes perlés ont un contenu séreux où nagent les gouttelettes graisseuses, les paillettes de cholestérine. Un traumatisme se retrouve toujours à leur origine.

Le sarcome primitif de l'iris est rare. Il est ordinairement secondaire et provient du corps ciliaire ou de la choroïde. Sa marche est rapide et aboutit à la production des phénomènes glaucomateux entraînant la destruction de l'œil. Il est beaucoup plus vascularisé que les gommes, ne s'accompagne que très rarement d'iritis, ne possède pas cette tendance à la plasticité que possèdent les gommes et les tubercules.

CHAPITRE IX

Pronostic.

On considérait autrefois la syphilis gommeuse irienne comme une affection très grave, beaucoup plus grave que l'iritis plastique diffuse. Cette opinion est aujourd'hui considérée comme exagérée ; en effet, à part les cas très rares d'infiltration syphilitique diffuse, maligne, on peut dire que le pronostic de la gomme syphilitique de l'iris n'est pas plus grave que celui de l'iritis plastique. Il y a même des cas où une iritis plastique diffuse laisse des séquelles plus graves au point de vue visuel que celles laissées par une gomme irienne. Il est rare qu'une gomme de l'iris traitée à temps et énergiquement laisse des suites graves au point de vue visuel.

Il est vrai que la *restitutio ad integrum* est à peu près impossible après une gomme irienne, à cause de la persistance de la cicatrice fibreuse et des synéchies, mais on voit couramment des malades qui, convenablement traités, ont une acuité visuelle de $1/4$, $1/3$ et même $1/2$ après la guérison de la gomme.

Le pronostic de la syphilis gommeuse de l'iris est surtout en fonction du traitement. En effet, le traitement spécifique général a une grande influence sur la marche de la maladie : on assiste rapidement à la résorption du pseudo-hypopyon et à la disparition non moins rapide des tumeurs gommeuses. La cicatrice fibreuse laissée sur la membrane irienne sera d'autant moins importante que le traitement intensif aura été plus précocement institué.

Dans certains cas, cependant, surtout lorsque le traitement a été institué tard, on peut rencontrer des complications du côté du segment postérieur. Alors, la baisse visuelle peut être considérable à la suite de l'irido-cyclite, de la choroïdite, de la rétinite ou de l'hyalitis. Ce sont aussi les lésions cornéennes, les altérations des milieux, le changement de courbure du cristallin qui contribuent à assombrir le pronostic.

L'infiltration gommeuse diffuse ne doit plus être considérée comme fatale, comme une « syphilis qui tue », après la découverte de l'arséno-benzol.

CHAPITRE X

Traitement.

Le pronostic de la syphilis gommeuse de l'iris étant surtout en fonction du traitement, il va de soi que le traitement doit être aussi précoce que possible et énergique.

Le traitement spécifique général sera donc administré dès que le diagnostic sera posé. On fera aussi un traitement local, symptomatique contre la douleur; on fera des instillations de l'atropine pour empêcher la formation des synéchies. Les ponctions, les incisions, préconisées autrefois pour l'évacuation du pseudo-hypopyon, sont à rejeter comme inutiles et dangereuses : elles peuvent donner lieu à une infection secondaire.

Sauf pour la troisième forme clinique, l'infiltration gommeuse diffuse, tous les spécifiques de la syphilis sont efficaces contre la syphilis gommeuse irienne. Le mercure sous toutes ses formes peut être utilisé ; nous donnerons la préférence cependant, vu la nécessité d'agir vite et énergiquement, aux injections quotidien-

nes de biiodure ou de benzoate de mercure 0 gr. 02 à 0 gr. 03 ou de cyanure 0 gr. 01. L'iodure de potassium tout seul, à haute dose, 6 à 8 grammes par jour, est capable de modifier et de guérir les gommés de l'iris, mais il vaut mieux faire un traitement mixte hydrargyro-ioduré ou la *méthode conjuguée*, hydrargyro-arsénobensolique, d'après la méthode de Favre et Longin. Le novarsénobensol, administré selon la méthode classique, en injections intraveineuses progressivement croissantes, donne de très bons résultats. Nous n'insistons pas sur le mode d'administration de ces médicaments, qui est le même que dans la syphilis en général.

L'arsénobensol ou 606 sera réservé pour les cas de la syphilis irienne maligne, envahissante, rebelle aux autres médicaments.

Localement, on mettra l'œil au repos par un simple pansement occlusif. On essayera de calmer les douleurs par les compresses chaudes sur la région oculaire et par les sangsues à la tempe, qui agissent par décongestion. Au besoin, lorsque les douleurs sont trop fortes, on donnera de la morphine.

On fera usage du collyre à l'atropine à 5 centigrammes pour 10. On fera deux instillations de quelques gouttes par jour, davantage dans les cas graves. On peut remplacer l'atropine par la duboisine, lorsque le traitement doit être continué longtemps.

Le traitement doit être prolongé de trois à cinq semaines. Même après la guérison des accidents oculaires, le malade doit continuer le traitement de fond, intermittent, de sa syphilis.

CONCLUSIONS

I. — On peut reconnaître à la syphilis gommeuse irienne trois formes cliniques principales : 1° la gomme circonscrite ; 2° le pseudo-hypopyon gommeux et 3° l'infiltration syphilitique gommeuse.

II. — Dans plus de la moitié des cas, la syphilis gommeuse de l'iris est à apparition précoce. On l'observe peu après le chancre, associée à des manifestations secondaires résolutives, contagieuses, et nous pouvons rapporter ainsi 20 observations de tertiarrisme précoce, dont 4 recueillies à la Clinique de M. le Professeur Rollet. L'époque la plus fréquente de l'apparition du processus gommeux irien nous paraît être entre le 3^e et le 7^e mois après le chancre.

III. — Sauf la date de son apparition, la syphilis gommeuse présente tous les caractères de l'accident tertiaire : nodosité rouge-jaunâtre, puis franchement jaune avec ramollissement consécutif aboutissant à l'ulcération à fond anfractueux et bourbillon constituant le pseudo-hypopyon gommeux. Ultérieurement, réparation avec processus cicatriciel sous forme de

trainée fibreuse irienne. Il n'y a pas lieu d'éti-
queter condylomes ou papules, comme il l'a été
fait, uniquement en raison de l'apparition précoce,
une lésion syphilitique irienne présentant le caractère
destructif de la syphilis tertiaire gommeuse.

IV. — Exceptionnellement, on observe une syphilis
maligne précoce irienne typique avec rapidité du pro-
cessus, impuissance des spécifiques et terminaison
fatale. En général, les gommès circonscrites de l'iris
précoces guérissent d'une façon merveilleuse sous l'in-
fluence du traitement et peuvent laisser presque l'inté-
grité de la vision, alors qu'on peut voir une iritis syphi-
litique plastique sans caractères spécifiques apparaî-
tre précocement ou tardivement avec un pronostic
plus grave au point de vue visuel.

V. — Le traitement de la syphilis gommeuse irienne
sera intensif. Hg et KI ou même KI seul à hautes doses;
mieux encore arsénobenzènes.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

E. ROLLET.

LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 13 Juin 1922,

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBINEAU. — Difficultés de diagnostic de la nature syphilitique de l'iritis. (*Société franç. d'ophtalm.*, XII, 1905, p. 247.)
- AXENFELD. — Traité d'Ophtalmologie, Paris, 1914.
- BARRAUD. — L'iritis syphilitique à forme hémorragique (*Thèse de Lyon*, 1921.)
- BENOÎT. — Description anatomo-pathologique d'une gomme de l'iris. (*Arch. d'opht.*, 1898, p. 189.)
- CABANNES. — Gommès syphilitiques de l'iris. (*Gaz. hebdom. des Sciences méd. de Bordeaux*, n° 3, 1895, p. 30.)
- DEHENNE. — Des gommès de l'iris. (*Union Méd.*, 1887, p. 269.)
- DESMARRES. — Traité des maladies des yeux, Paris, 1885, t. II, p. 501.
- DESPAGNET. — Iritis gommeuse maligne. (*Recueil d'Ophtalm.*, 1898, p. 637.)
- FOURNIER. — Des affections oculaires d'origine syphilitique. (*Journ. d'Ophtalm.*, 1872.)
- FROMAGET. — Gomme hérédo-syphilitique. (*Société de Médecine*, Bordeaux, 12 décembre 1902.)
- FUCHS. — Traité d'Ophtalmologie, trad. franç., 1908.
- GRAEFE (De) et COLBERG. — Iritis gommosa (*Arch. f. Ophtalm.*, 1861, VIII, p. 292.)

LAGRANGE. — Encyclopédie française d'ophtalmologie, vi, Paris, 1906, p. 93.

— Traité des tumeurs de l'œil, Paris, 1901.

MILLET. — Etude clinique sur l'infiltration gommeuse syphilitique de l'œil (*Thèse de Lyon*, 1908).

NICOLAS (J.). — Siphylis ou Tréponémose. Nouveau Traité de la Médecine, iv, Paris, 1922, p. 532.

NICHET. — Mémoire sur l'iritis, 1829.

NITOT. — Des gomme de l'iris et du corps ciliaire. (*Thèse Paris*, 1880.)

NUEL. — Gomme irienne syphilitique. (*Société belge d'ophtalm.*, 29 avril 1900. — *Revue gén. d'opht.*, 1900, p. 314.)

PANAS. — Traité des maladies des yeux, Paris, 1894, p. 347.

RICORD. — Iritis spécifique. (*Gazette des hôp.*, 1870, p. 303.)

ROLLET. — Traité des maladies vénériennes, Paris, 1865, p. 873.

ROLLET (Et.). — Iritis gommeuse à pseudo-hypopyon. (*Rev. gén. d'Ophtalm.*, 1904, xxiii, p. 433.)

— Formes cliniques de la syphilis gommeuse de l'iris (*Arch. d'Ophtalm.*, mai 1908.)

ROLLET et GRANDCLÉMENT. — Iritis syphilitique et descemétite hémorragique. (*Société d'Ophtalm. de Lyon*, février 1910.)

ROSSIGNEUX. — Des affections oculaires qui dépendent de la syphilis. (*Thèse Paris*, 1873.)

SERRIGNY. — Contribution à l'étude des complications de l'iritis. (*Thèse*, Paris, 1877.)

SPEVILLE (De). — Condylomes syphilitiques de l'iris. (*Arch. d'Ophtalm.*, 1896.)

STANLEY SMITH. — A case of Gumma of the Iris and Ciliary

STOEBER. — Un cas de condylome de l'iris. (*Rev. gén. d'Ophtalm.*, 1887, p. 254.)

TALBOT. — Recherches statistiques sur la syphilis de l'œil d'après les observations de la Clinique ophtalmologique de la Faculté de Bordeaux. (*Thèse de Bordeaux*, 1894-95.)

TERRIEN. — Syphilis de l'œil et de ses annexes, Paris, 1895.

TRIPPIER. — *Traité d'anatomie pathologique générale*, Paris, 1904.

TROUSSEAU. — Gomme hérédosyphilitique de l'iris. (*Annales de Dermat. et de Syphiligraphie*, 1885.)

TRUC, VALUDE et FRAENKEL. — Nouveaux éléments d'ophtalmologie, Paris, 1908.

TURCAN. — Contribution à l'étude des gommes syphilitiques de l'iris. (*Thèse de Lyon*, 1905.)

VIRCHOW et BILLROTH. — *Arch. f. Ophtalm.*, VII.

WECKER (De). — *Traité d'Ophtalmologie*, 3^e éd., Paris, 1886.

WIDDER. — Ueber Iritis syphilitica mit Rücksicht auf ihr Verhalten zur allgemeine luetischen Diathèse. (*Arch. f. Ophtalm.*, 1881, XXVII, p. 99.)

Bibliographie d'après la thèse de Serrigny :

LAHEYNE. — *Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges*, 1849.

SICHEL. — *Iconographie Ophtalmologique*, p. 125.

Bibliographie d'après la thèse de Turcan :

BEER. — *Lehre von den Augenkrankheiten*, Wien., t. I, 1813, p. 558.

HANKE. — Gummien der Iris und des Ciliarkörpers. (*Archiv. f. Ophtal.*, 1899, XLVIII, p. 300.)

SCHAEFER. — *Beitrag. zur Casuistic der Iritis gummosa*. (*Berliner Klin. Woch.*, 1883, p. 407.)

TREITEL. — Ein Fall von sehr grossen Gumma der Iris; geheilt mit partieller Verkaesung. (*Berliner Klin. Woch.*, 1881, p. 401.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Chapitre premier. — Historique	11
Chapitre II. — Formes anatomo-cliniques	15
Chapitre III. — Anatomie pathologique	19
Chapitre IV. — Etiologie	33
Chapitre V. — Chronologie. Date d'apparition	35
Chapitre VI. — Observations	40
1° Gommès circonscrites	40
2° Pseudo-hypopyon gommeuse	51
3° Infiltration syphilitique diffuse	60
Chapitre VII. — Symptomatologie	66
Chapitre VIII. — Diagnostic	70
Chapitre IX. — Pronostic	73
Chapitre X. — Traitement	75
Conclusions	77
Bibliographie	79
